THESE

PRÉSENTÉE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

CARRAZ Yves-Claude

né le 12 octobre 1941 à Melisey 70

Interne des Hôpitaux Psychiatriques

---

l'HEBOÏDOPHRÉNIE

(Étude clinique fondée sur 4 observations principales)

Président: M. Th. KAMMERER Professeur

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552704_0035

THESE

PRÉSENTÉE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

CARRAZ Yves-Claude

né le 12 octobre 1941 à Melisey 70

Interne des Hôpitaux Psychiatriques

L'HEBOÏDOPHRÉNIE

(Étude clinique fondée sur 4 observations principales)

Président: M. Th. KAMMERER Professeur

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

FACULTE DE MEDECINE DE STRASBOURG

Doyen	MM.	CLAVERT Jean
Doyens honoraires		CALLOT Jacques
		FONTAINE René
Assesseur		CALLOT Jacques

PROFESSEURS TITULAIRES

MM.	
ARON Claude	Histologie
BASSET André	Clinique Dermatologique
BUCK Paul	Chirurgie Infantile
CALLOT Jacques	Parasitologie et Pathologie Tropicale
CHAMBRON Jacques	Physique Biologique
CHAUMONT André	Médecine Légale et Sociale
CLAVERT Jean	Embryologie et Morphologie expérimentale
FONTAINE René	Clinique Chirurgicale A
GANDAR Robert	Clinique Gynécologique et Obstétricale 1
GREINER Georges	Clinique Oto-Rhino-Laryngologique
GROS Charles	Electro-Radiologie
JUNG Adolphe	Chaire de Pathologie et Clinique Séméiologique Chirurgicales
KAMMERER Théophile	Clinique Psychiatrique
KAYSER Charles	Physiologie
KLEIN Marc	Biologie Médicale
KORITKE Jean-Georges	Anatomie Normale
LE GAL Yvon	Anatomie Pathologique
MANDEL Paul	Chimie Biologique
METZ Bernard	Physiologie Appliquée
METZGER Henri	Thérapeutique
MINCK Raymond	Chaire de Bactériologie, Virologie et Immunologie Générale
MULLER Pierre	Clinique Gynécologique et Obstétricale 2
NORDMANN Jean	Clinique Ophtalmologique
OUDET Pierre	Pneumo-Phtisiologie
SACREZ Robert	Pédiatrie et Puériculture
SCHWARTZ Jean	Pharmacologie et Médecine expérimentale
STAHL Jules	Clinique Médicale B
STEPHAN Frédéric	Pathologie expérimentale
VEDRINE Jean	Stomatologie
WAITZ Robert	Hématologie
WARTER Julien	Clinique Médicale A
WEISS Alfred	Clinique Chirurgicale B
N...	Hydrologie
N...	Hygiène

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

MM.

BRONNER Albert	Clinique Ophtalmologique
KARLI Pierre	Biologie Médicale
MARESCAUX Jean	Histologie
MARX Charles	Physiologie
MAYER Georges	Hématologie
ROHMER Francis	Clinique Neurologique
SEROR Joseph	Pathologie Chirurgicale
WINCKLER Georges	Anatomie
WITZ Jean Paul	Clinique Chirurgicale B

PROFESSEURS SANS CHAIRE

MM.

BATZENSCHLAGER André	Anatomie Pathologique
BOLLACK Claude	Clinique Chirurgicale A
BURGHARD Guy	Pneumo-Phtisiologie
CHAMBON Pierre	Chimie Biologique
DORNER Marc	Clinique Médicale B
ISCH François	Clinique Neurologique
JAHN Henri	Clinique Médicale B
KIRN André	Hygiène
LAVILLAUREIX Jean	Bactériologie
MANTZ Jean Marie	Clinique Médicale A
MARCOUX François	Médecine Légale

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

MM.

ADLOFF Michel	Clinique Chirurgicale B
APROSIO Norbert	Anatomie
ASCH Léopold	Clinique Médicale A
BLOCH Roger	Pharmacologie
BOCKEL René	Clinique Médicale B
BRINI Alfred	Clinique Ophtalmologique
EBTINGER René	Clinique Psychiatrique
FINCKER Louis	Clinique Médicale B
GAUTHIER-LAFAYE Pierre	Département d'Anesthésiologie
GRENIER Jacques	Pathologie expérimentale
ISRAEL Lucien	Clinique Psychiatrique
JUIF Jean	Pédiatrie et Puériculture
KEILING Roger	Electro-Radiologie
KELLER Bernard	Gynécologie et Obstétrique 2 (Maternité)
KEMPF François	Electro-Radiologie (Clinique Médicale A)
KEMPF Ivan	Pathologie Chirurgicale (Centre de Traumatologie)

KIENY René	Clinique Chirurgicale A
KREMER Michel	Hôpital Orthopédique Stéphanie
LEVY Jean Marc	Pédiatrie et Puériculture
MALEVILLE Jean	Clinique Dermatologique
MAURER Charles	Clinique Médicale B
Mme MAYER Simone	Hématologie
PHILIPPE Emile	Anatomie Pathologique
ROEGEL Emile	Pneumo-Phtisiologie
ROHMER Albert	Institut de Puériculture
SACREZ André	Clinique Médicale A
SCHAFF Georges	Physiologie
SCHNEEGANS Ernest	Pédiatrie et Puériculture
SCHWINGT Eugène	Clinique Chirurgicale B
SIBILLY Abel	Clinique Chirurgicale A
VERGNES René	Physique Biologique
VINCENDON Guy	Chimie Biologique
VOEGTLIN Raymond	Clinique Médicale A
WACKENHEIM Auguste	Electro-Radiologie (Clinique Neurologique)
WALTER Jean Pierre	Electro-Radiologie
WARTER Pierre	Electro-Radiologie (Clinique Chirurgicale A)
WEILL Jean Pierre	Clinique Médicale A
WILLARD Daniel	Pédiatrie et Puériculture

PROFESSEUR ASSOCIE

M. PHILIPPIDES Demètre	Clinique Neurologique

AGREGES

MM.

CHAMPY Maxime	Stomatologie
FRANK Robert	Stomatologie
KLOTZ Gilbert	O. R. L.
MEHL Jacques	Médecine Légale

AGREGES LIBRES

MM.	MM.
BEYER Paul	KUHLMANN Daniel
FORSTER Emile	KUNTZMANN Jean
HOLLENDER Louis	MULLER Jean Nicolas

DIRECTEUR DE L'INSTITUT DENTAIRE

M.le Professeur VEDRINE Jean

CHARGES D'UN COURS D'ENSEIGNEMENT COMPLEMENTAIRE

MM.MOISE, SINGER, TISSIER

SECRETAIRE PRINCIPAL DE LA FACULTE DE MEDECINE

M: Gilbert KIEHL

PROFESSEURS HONORAIRES

MM.	MM.
ARON Max	ROHMER Paum
BURGER Paul	SCHMID Frédéric
BENOIT Jacques	THIODET Jean
ROEDERER Jean	VINTEMBERGER Pierre

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ni les approuver, ni les improuver.

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur Th. KAMMERER
Directeur de la Clinique Psychiatrique
Universitaire de Strasbourg

Qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse
En témoignage de notre gratitude pour les conseils et les encouragements qu'il nous a prodigués tout au long de ce travail.

A NOTRE JURY DE THESE

Monsieur le Professeur G. LANTERI-LAURA

Directeur de l'Institut de Psychologie de la Faculté
des Lettres et Sciences Humaines de Strasbourg.
Médecin-chef des Hôpitaux Psychiatriques.

Nous le remercions pour tout l'intérêt
qu'il voulut bien nous témoigner lors de
la réalisation de ce travail.

Monsieur le Professeur Agrégé R. EBTINGER

Monsieur le Professeur A.J. CHAUMONT

Directeur de l'Institut de Médecine Légale
et de Médecine Sociale

Nous les remercions de bien vouloir
nous faire l'honneur de juger ce travail.

A MADAME M. GROSCLAUDE Psychologue

AU DOCTEUR L. GURFEIN

En témoignage de reconnaissance pour
l'aide précieuse qu'ils nous ont apporté

A MADAME LE DOCTEUR C. MAITRON

En hommage de notre respectueuse
reconnaissance

A MADAME LE DOCTEUR M. LUTZ

A MADAME LE DOCTEUR R. HIMMELFARB

A MONSIEUR LE DOCTEUR E. BURCKARDT

Médecins-chefs des Hôpitaux Psychiatriques.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure, au nom de l'Etre Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs, ni à favoriser les crimes.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

P L A N

Pages

I. EVOLUTION DES IDEES SUR L'HEBOIDOPHRENIE 1

II. OBSERVATIONS 27

- 1ère observation : cas B 27
- 2ème observation : cas G 33
- 3ème observation : cas M 42
- 4ème observation : cas R 47
- Observations de la Clinique Psychiatrique I à XII 54

III. ETUDE CLINIQUE 63

A. TROUBLES CARACTERIELS 65

B. TRAITS DE PSYCHOPATHOLOGIE PSYCHOTIQUE 83

C. EVOLUTION 97

D. PROBLEMES DIAGNOSTICS 102

E. EXAMENS PSYCHOLOGIQUES 108

F. APPROCHES PSYCHOPATHOLOGIQUES 116

G. THERAPEUTIQUE PROBLEMES MEDICO-LEGAUX 121

IV. CONCLUSIONS 131

V. BIBLIOGRAPHIE 137

EVOLUTION DES IDEES SUR L'HEBOIDOPHRENIE

Avant d'aborder l'étude clinique de l'Héboïdophrénie puis la description des observations recueillies dans notre pratique psychiatrique, nous nous proposons de tracer, dans ses grandes lignes, l'historique de cette maladie.

Dans un premier temps, de cette étude historique nous rappellerons les circonstances qui présidèrent à sa desciption vers 1885 et les motivations qui animèrent son auteur Kahlbaum. De même nous décrirons l'incidence des études à propos de l'Héboïdophrénie sur l'ensemble des travaux que Kahlbaum et Hecker son élève consacrèrent à l'Hébéphrénie.

De l'importance accordée par les psychiatres du XIXe siècle, notamment des Allemands, aux descriptions de l'Héboïdophrénie, nous parlerons dans un deuxième temps. Plus longuement ensuite nous évoquerons les fortunes diverses de cette maladie auprès des principaux psychiatres et courants de pensée psychiatrique du XXe siècle. Ceci pour terminer en faisant le point sur les conceptions actuelles et l'attitude de nos contemporains devant l'Héboïdophrénie de Kahlbaum et les diverses modifications qui y ont été apportées au fil des années.

I. LES PRECURSEURS.

Si Kahlbaum avec sa première description de l'Hébo'dophrénie en 1885, crée une entité nosographique nouvelle, il ne crée pas évidemment de nouveaux malades.
Il apporte une définition clinique qui va permettre de rassembler sous une commune rubrique nosographique des observations de patients qui, faute de mieux, avaient été répertoriés dans d'autres catégories. Ce sont ces autres catégories, ces autres diagnostics sous lesquels les auteurs anciens ordonnaient, ce que nous pourrions appeler les Héboïdes avant la lettre, que nous allons observer d'un peu plus près maintenant.

Ce petit retour aux sources nous fait retrouver des descriptions de malades, semblables en bien des points à celles de Kahlbaum, nous confirmant ainsi dans l'idée que les travaux de celui-ci n'étaient nullement une vue de l'esprit mais correspondaient à une réalité bien tangible.

—Citons par exemple Esquirol, qui décrit ainsi en 1838 "l'idiotie accidentelle ou acquise" :

> "Quelquefois les enfants naissent très sains, ils grandissent en même temps que leur intelligence se développe, ils sont d'une grande susceptibilité vifs, irritables, colères, d'une imagination brillante, d'une intelligence développée, l'esprit est actif. Cette activité n'étant pas en rapport avec les forces physiques, ces êtres s'épuisent vite ; leur intelligence reste stationnaire, n'acquiert plus rien et les espérances qu'ils donnaient s'évanouissent, c'est l'idiotie accidentelle ou acquise...".

Ces enfants intelligents qui présentent soudainement des troubles caractériels importants puis un arrêt de leur maturation intellectuelle décevant ainsi tous les espoirs, ont des traits de ressemblance bien prononcés avec les héboïdophrénes de Kahlbaum.

- En Angleterre, dans son "Manual of psychological medecine" Hack Tuke, recherchant les causes de cet affaiblissement intellectuel au cours de l'idiotie accidentelle, observe que les troubles de la puberté sont rarement reconnus mais que, par contre, les perversions morales (Moral Insanity) sont constantes.

- En Allemagne, parlant de l'hébéphrénie, Finck mentionne que celle-ci entraîne des désordres de la "sphère morale de l'âme". Il fait la distinction entre ces cas d'hébéphrènes pervers et les fous moraux : les premiers évoluant dans un laps de temps de trois ans vers l'affaiblissement intellectuel, les autres se caractérisant au contraire par l'acuité persistante de leur jugement. Précurseur de Kahlbaum, Finck se heurte contre cette difficulté qu'il y a à choisir le groupe dans lequel ranger cette variété de fous moraux qui ressemblent aux hébéphrènes.

De nombreuses observations de ces héboïdophrènes avant la lettre se trouvent consignées, avec d'autres observations plus ou moins semblables, sous des rubriques assez variées :

- dans ce que Rousseau, par exemple, appelait Démence Primaire ("de la folie à l'époque de la puberté" th. de Paris 1857).
- dans le groupe "manie sans délire" de Pinel.
- dans la rubrique "moral insanity" de Prichard.
- sous les vocables "manie instinctive" de Morel
  "folie lucide" de Trélat
  "folie morale ou délire des actes" de Falret
  "folie raisonnable" de Brienne de Boismont
  "imbécillité morale" de Mavdsley etc...

C'est sous tous ces différents noms qu'il est possible de retrouver ces cas que Kahlbaum aura, comme nous allons le voir maintenant, le mérite de regrouper dans une seule et même forme clinique.

II. KAHLBAUM

La description de l'Héboïdophrénie est intimement liée aux travaux de Kahlbaum et son élève Hecker relatifs à l'Hébéphrénie ; ce fut en quelque sorte par opposition et en complément à la seconde que la première s'est trouvée justifiée.

Dans "Gruppierung der psychichen Kankheiten" (1863) Kahlbaum décrit une maladie mentale se terminant rapidement dans un tableau de démence, n'apparaissant qu'au moment et sous l'influence de l'évolution pubérale, il l'appelle Hébéphrénie.

Quelques années après lui, en 1871, son élève Hecker publie les premières observations détaillées et donne de l'hébéphrénie un tableau clinique plus précis. Il note lui aussi que l'affection évolue rapidement vers la démence et qu'il est spécifique de celle-ci d'apparaître à l'époque de la puberté. Mais sur cette seconde affirmation vont converger de nombreuses critiques ; notamment celles de Régis qui déclare qu'il n'y a pas une folie susceptible d'éclore à la puberté, mais que toutes les variétés de folies peuvent apparaître à cette période de l'existence.

Un autre faisceau de critiques, celui qui nous intéresse surtout va converger sur la notion d'évolution démentielle de l'hébéphrénie. Certains auteurs confirment l'existence de ce tableau clinique, mais émettent des réserves sérieuses sur la fatalité d'une issue inéluctable de l'hébéphrénie dans la démence.

Kahlbaum va répondre à ces critiques en retirant ce qu'il y a de trop absolu dans sa première description, et il propose d'admettre deux formes d'hébéphrénie :

- l'une, la forme classique, l'hébéphrénie vraie, décrite par Hecker et se terminant par la démence.
- l'autre, atténuée, légère, curable, qu'il appelle

Héboïde ou Héboïdophrénie(psychose semblable à la psychose des adolescents). Notons au passage l'étonnement justifié devant le choix fait par Kahlbaum de ce mot Héboïdophrènes qui, étymologiquement ne semble pas très juste. N'aurait-il en effet, pas été plus conforme au sens de cette psychose de l'appeler, par exemple Hébéphrènoïdie.

Ainsi que nous le voyons, c'est initialement par rapport à l'hébéphrénie, en tant que variété atténuée et curable qu'est née l'héboïdophrénie dans l'esprit de Kahlbaum. Quelques années après, dans un deuxième temps, le tableau clinique va se préciser alors que Kahlbaum le présentera comme étant une variété particulière de "folie morale". Ces deux temps de la description : l'Hébéphrénie puis la "Folie Morale" délimitent depuis, le champ d'action de l'héboïdophrénie et nous la verrons, tout au cours de son existence, et suivant les courants d'idées, se définir tantôt préférentiellement par rapport à l'un ou par rapport à l'autre de ces deux pôles que sont la Schizophrénie et la "Folie Morale".

III. LES TEXTES.

Ce qu'a dit Kahlbaum de l'Héboïdophrénie nous est resté consigné dans deux articles, l'un paru en 1885, l'autre en 1890.

a) Le premier article est le résumé d'une intervention de l'auteur à un congrès de médecine à Magdebourg en septembre 1884, intitulée:

"Uber eine klinische Form des moralischen Irreseins"

- Allgemein Zeitschrift für Psychiatrie vol.41 p.711
- Neurol. Centralblatt 1884 p. 476
- Erlenmeyer's Centralblatt 1884 p.470).

Dans une première partie, l'auteur rappelle les caractéristiques de l'Hébéphrénie décrite par lui et son élève Hecker, afin de signaler qu'il y a des cas qui s'en différencient par quelques particularités ; surtout il y manquerait cet affaiblissement intellectuel propre à l'Hébéphrénie ; le pronostic en serait meilleur et le traitement plus souvent couronné de succès.

Il décrit ensuite comment ces enfants attirent l'attention sur eux par les nombreux délits qu'ils commettent ainsi que les nombreuses infractions aux us et coutumes, se révèlant réfractaires à toutes remontrances et tentatives d'éducation.

L'auteur mentionne plus loin que l'on trouve fréquemment une lourde charge héréditaire dans les antécédents familiaux et que l'examen du sujet relève souvent des stigmates de dégénérescence. Il conclut enfin par la nécessité de bien faire la différence d'une part entre cette maladie et l'hébéphrénie eu égard aux différences dans le pronostic ; et d'autre part, entre cette maladie et la folie morale, car les éventuels problèmes médico-légaux n'auront pas la même incidence.

b) la seconde publication fut présentée à Görlitz en juin 1889 sous le titre :

"Uber Héboïdophrenie"
(Allgem. Zeitchrift für Psychiatrie vol. 46 p. 461).

Cette fois Kahlbaum donne un tableau clinique précis de la maladie et il illustre sa présentation de 3 observations personnelles. Il s'attache en conclusion, encore une fois, à démontrer l'individualité propre de ce syndrome, l'isolant de la Folie Morale et en faisant une forme particulière de l'Hébéphrénie.

En deux publications à 5 années d'intervalle, dans la dernière décade du XIXè siècle, Kahlbaum s'est vu comme nous l'avons rappelé ci-dessus, contraint de décrire l'Héboïdophrénie, en correctif à ses travaux sur l'Hébéphrénie ; puis c'est sous ce vocable qu'il aura l'idée de ranger ces cas mitigés relevant à la fois de la Folie Morale et de l'Hébéphrénie. Ces patients qu'il était bien difficile d'ordonner sous l'une ou l'autre rubrique sans manquer de rendre compte totalement de leur état sont maintenant rangés dans un compartiment nosographique bien individualisé.

Les contemporains de Kahlbaum vont-ils le suivre dans cette voie ? c'est à cette question qu'il nous appartient de répondre maintenant.

IV. FIN XIXe DEBUT XXè :

- en 1902 Weygandt décrit des cas sous la rubrique "Démence simple ou héboïdophrénie" (Atlas und Grundniss der Psychiatrie)

- Diekhoff dans un article publié dans "Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie) fait mention de cette forme particulière qu'est l'héboïdophrénie.

- en 1892 dans sa thèse "Uber Hebephrenie ins besondere schwere Form", le docteur Léon Daraskiewicz décrit une forme sévère d'hébéphrénie et une forme moins grave avec une démence moins complète : une hébéphrénie légère en quelque sorte.

- parmi les aliénistes de l'époque, qui se sont occupés de l'héboïdophrénie signalons Wernicke qui appelait cette forme : "folie morale acquise" et la considérait, à la suite de Kahlbaum, comme nettement individualisée et distincte, mais relativement rare.

- De même Hess en parla en 1906 au Congrès Allemand de Psychiatrie, mais il fut sérieusement contredit par ses collègues.

Il insiste surtout sur les conséquences sociales de cette maladie, les héboïdophrènes, selon lui, ne deviennent pas des déments véritables, mais en revanche commettent fréquemment des actes antisociaux, subissent une sorte de déchéance sociale et morale, deviennent par exemple des alcooliques chroniques.

- Dans une publication intitulée :

"Psychoses de la Puberté" (XIIIe Congrès, comptes rendus p.27) Ziehen décrit 4 types de ces psychoses, dont un type comprend ceux qui présentent des troubles du sens moral, ce sont les héboïdophrènes de Kahlbaum.

- en 1911 Melle Pascal, dans sa thèse "la Démense Précoce" dit d'une forme héboïdophrénique en la qualifiant de variété médico-légale :

"Dans ce groupe entrent beaucoup de cas d'affaiblissement mental de tous les degrés et de toutes les nuances, mais le déficit moral l'emporte sur le déficit intellectuel".

- Christian dans un article datant de 1899, publié dans les Annales Médico-Psychologiques parlant de la démence précoce des Jeunes Gens, décrit un tableau qui ressemble beaucoup à l'héboïdophrénie de Kahlbaum.

"Quand l'enfant, dès les premières années s'est montré rebelle à toute discipline, manifestant les instincts les plus mauvais, fermé à tout sentiment affectueux, s'il a été incapable de se plier à aucune règle, de s'adonner à aucun travail suivi, il réalisera très probablement le type de la "Moral Insanity" et, à la puberté, il pourra avoir un accès de manie ou de mélancolie, mais cet accès passera, l'intelligence restera ce qu'elle était avant ; elle ne baissera même pas, quel que soit, dans l'avenir, le nombre d'accès semblables qui peuvent se produire à intervalles plus ou moins rapprochés..."

"Les jeunes gens voués à la démence précoce hébéphrénique sont parmi ceux qui, dans leurs premières années n'ont jamais présenté aucun signe quelconque de trouble moral ou d'anomalies intellectuelles... quand l'enfant, dès son bas âge, a montré une tendance à s'isoler, à prendre en mal tout ce qui lui arrive... il ne versera pas dans la démence...".

Ainsi qu'il est possible de le constater, à la lecture des auteurs cités, les publications et descriptions de Kahlbaum ne sont pas demeurées lettres mortes et elles ont trouvé des résonnances assez nombreuses chez les contemporains de leur auteur.

Mais si l'authenticité de cette affection n'a pas été contredite, par contre son individualité a rencontré des oppositions; que de tels patients existent réellement cela ne fut pas contesté mais les auteurs ne reconnaissaient pas la nécessité de les ranger sous le diagnostic Héboïdophrénie. Kraepelin notamment confondait l'héboïdophrénie avec les formes simples ou atténuées de Démence Précoce, les manifestations caractérielles en étant d'une certaine manière les signes avant-coureurs.

C'est cette réticence que l'on rencontre également chez des auteurs comme Wille, Illberg - Trömmer - Schüle - Griesinger - etc... ils parlent plus volontiers de démence fruste, de démence simple.

Nous retrouvons la même objection dans la fameuse publication de Diem : "die einfach demente Form der Dementia Praecox" qui inclut sous la rubrique Dementia Simplex les observations décrites par Kahlbaum.

Des restrictions identiques concernant l'existence autonome de l'Héboïdophrénie en tant que telle sont observées dans la thèse de Monod "Formes frustes de la Démence Précoce".

V. LES HEBOIDOPHRENES FACE A LA JUSTICE.

Si certains auteurs, avec Kraepelin à leur tête, contestent son droit de cité à l'Héboïdophrénie en tant que maladie autonome et préfèrent l'intégrer sous la catégorie nosographique plus vaste qu'est la Démence simple ; ces mêmes auteurs reconnaissent

avec Kahlbaum qu'il existe bien une variété mineure d'Hébéphrénie ressemblant à la Folie Morale, qui pose des problèmes et notamment des problèmes d'ordre médico-légal.

Comme Kahlbaum le rappelait dans sa conclusion il est important de faire la distinction entre l'Héboïdophrénie et la Folie Morale car les problèmes médico-légaux soulevés dans l'un ou l'autre cas prennent des significations différentes.

- Ainsi en 1907, Antheaume et Mignot à propos d'une étude sur : "la période médico-légale prodronique de la démense précoce" concluent-ils : "... un certain nombre de fous moraux sont des déments précoces à la période prémonitoire de leur affection. Les auteurs n'admettent-ils pas que la folie morale peut aboutir à la vésanie ?". Ils constatent que 3 patients sur 33, soit 9 %, présentent des troubles à type d'actes anti-sociaux à la période prodronique.

Dans cet article paru dans "l'Encéphale" les auteurs illustrent leurs propos par 3 observations dont la première avec le diagnostic de démence simple qui est en tout point semblable aux descriptions de Kahlbaum. Antheaume et Mignot concluent en exprimant le souhait de voir organiser un service d'examen préalable de tous les prévenus et d'inspection de prisons, par des médecins aliénistes. Selon eux il n'est pas douteux en effet qu'un grand nombre de cas de "folies pénitentiaires" puisse rentrer dans le même cadre nosographique, celui de la démence précoce précédée d'une période prodromique médico-légale.

- Toujours en 1907 ; Jouffroy discutant le rapport de Gilbert Ballet au Congrès de Genève-Lausanne sur "l'expertise médico-légale et la question de responsabilité" rappelle que les difficultés commencent à propos des cas intermédiaires, dans lesquels le sujet agit en connaissance de cause mais trouve dans des tares congénitales certaines circonstances atténuantes à sa

conduite. Et de mentionner qu'il y a certaines maladies mentales qui débutent par des troubles du sens moral alors que les autres signes de la maladie n'ont pas encore apparu ; l'expert consulté à ce moment serait alors très embarassé pour répondre d'une façon nette et précise sur l'état de responsabilité du sujet.

Jouffroy illustre ses réflexions d'un cas de démence précoce dont il schématise l'évolution en la décomposant en 3 périodes : dans la première le sujet est tout à fait normal et semble absolument sain, dans la seconde il devient pervers, présente de mauvais instincts et se fait condamner à la prison, dans la 3è période il présente des troubles mentaux caractérisés et devient un malade d'asile.

- Une vingtaine d'années après ces 2 communications, en 1921 dans un article traitant de la "Moral Insanity" Meggedorfer, citant Kahlbaum, estime que les faits mentionnés relèvent de la schizophrénie et croit même que leur pronostic est plus grave. Mais lui-même pense qu'il n'y a pas lieu de considérer ces héboïdophrénes comme nécessairement irresponsables en raison justement de l'atteinte relativement peu importante de l'intelligence.

Les attitudes en face de la responsabilité ou de la non responsabilité des héboïdophrènes sont comme nous venons de le voir quelque peu différentes - Kahlbaum justifie, par des arguments d'ordre médico-légal entre-autres, de la nécessité de séparer nosographiquement cette forme clinique de Folie Morale de la Folie Morale elle-même. Sans qu'il se soit clairement expliqué là-dessus, les Héboïdophrénes d'après lui, ont une responsabilité atténuée par rapport aux Fous moraux. C'est ce que pensent Jouffroy puis Antheaume et Mignot, ces auteurs incluant les Héboïdophrènes avec les Déments Précoces sous la même référence de non responsabilité. Par contre Meggendorfer, s'il

reconnaît l'individualité des Héboïdes en face des Moralinsanes, il pense que du fait de leur bon niveau intellectuel en regard de celui des autres formes de schizophrénie, les Héboïdophrènes sont, eux, accessibles à une sanction pénale.

VI. BLEULER :

Les Héboïdophrènes sont pour Kahlbaum une variété atténuée et curable d'Hébéphrénie ; pour Kraepelin c'est une des formes parmi toutes celles qu'il a regroupé sous le vocable Dementia praecox ; c'est en partie, la Démence Simple. Avec Bleuler les concepts changent, il propose en 1911 de désigner les déments précoces par le terme de schizophrènes ; les héboïdophrènes devenant des schizophrènes simples.

Auprès de Bleuler l'héboïdophrénie ne connaîtra pas un grand succès, celui-ci n'y voyant, comme Kraepelin, que l'indice avant-coureur, à la phase prodromique asociale, de la psychose à développement typique. Se fondant surtout sur ce fait qu'il existe dans cette forme un certain trouble morbide des processus intellectuels, il ne semble pas vouloir reconnaître la place relativement autonome dans le grand cadre de la démence précoce qui était accordée par Kahlbaum à l'héboïdophrènie. Ainsi il écrit :

"Kahlbaum a crée le terme d'héboïdophrénie pour ces cas qui montrent seulement des troubles du sentiment social, du tact et de la conduite. Toutefois il savait fort bien que les troubles formels de la pensée (tels que l'imprécision et les réponses à côté) n'y manquent pas et, c'est assez justement qu'il les a inclus dans le groupe de l'hébéphrénie. Il tendait à en considérer le pronostic comme relativement favorable. Des cas, tels ceux qu'il décrit, ont néanmoins une évolution qui n'est en rien différente de celle des autres observations de schizophrénies atténuées. En conséquence la tentative d'isoler un groupe d'héboïdes n'a pas rencontré grand succès".

Cependant Bleuler reconnaît que bien des malades étiquetés psychopathes, dégénérés, "moralinsanes", ou alcooliques, sont pour la plupart des schizophrènes. Il parle lui-même de Schizophrènes simples, de personnalités facilement irritables et excentriques, de tyrans domestiques, de criminels ou d'alcooliques bizarres.

Son opposition à Kahlbaum fondée sur ceci qu'on retrouve chez ces malades un certain trouble morbide des processus intellectuels reste assez peu convaincante car il reconnaît des cas qu'il dit plus ou moins "fixés" tranchant par la discretion des troubles fondamentaux.

En 1920 Rinderknecht élève de Bleuler, sous le titre "les Héboïdes criminels" publie son travail dans lequel sont étudiés les sujets à fortes tendances antisociales, ressemblant par leur psychologie générale aux schizophrènes. Selon l'auteur, ils n'aboutissent jamais à une dissociation très marquée et présentent parfois des périodes d'excitation comme on en rencontre couramment dans la catatonie ou l'hébéphrénie vulgaire. Ils sont, toujours selon Rinderknecht de tendances autiste et négativiste avec absence de préoccupation véritablement pragmatique ; ces héboïdes criminels paraissent tirer peu de bénéfices de leurs conduites antisociales massives qu'ils poursuivent sans véritable ténacité.

VII. HALBERSTADT. - GUIRAUD :

- Vers 1925 l'héboïdophrénie a un regain d'actualité avec l'étude que lui consacre Halberstadt dans son article : "la forme héboïdophrénique de la Démence Précoce".

Retraçant l'histoire de ce tableau clinique, il en donne ensuite une description clinique très précise qu'il illustre de quelques observations personnelles caractéristiques. Il dit notamment :

"... ces malades sont essentiellement indisciplinés, ingouvernables, impulsifs, créant des difficultés au personnel de l'hôpital, arrogants, agressifs, mythomanes et pervers. Rinderknecht dit qu'ils sont de plus négativistes et autistes, et insiste sur le fait que leurs actes n'ont en général pas pour mobile leur propre intérêt. Ils pensent peu à la réalité, ne s'occupent pas de leur avenir, ne manifestent pas l'égoïsme férocement intéressé du véritable dégénéré."

Halberstadt résume ainsi sa communication :

"Il existe une modalité spéciale de l'hébéphrénie se distinguant des autres formes, tant par la symptomatologie que par le mode de terminaison, l'affaiblissement intellectuel terminal n'étant jamais aussi profond que dans l'hébéphrénie classique. La déchéance intellectuelle reste souvent incomplète et les sujets ne sont pas toujours internés. Ils deviennent fréquemment des alcooliques, des vagabonds, ou des prostituées".

En conclusion il rappelle que cette forme clinique est surtout intéressante à connaître en raison des applications médico-légales, qu'elle suscite ; il est nécessaire de distinguer le "vulgaire dégénéré", comme il l'appelle, de l'héboïdophrène, puisque le premier doit finir sa vie en prison alors qu'il est préférable que le second l'achève à l'asile.

- Sensiblement à la même époque paraît un article de BENON "Demence précoce et vagabondage" dont un compte-rendu est donné dans les AMP (1923) . L'auteur, dans son article, rappelle que bien des déments précoces entrent dans la maladie sans bruit, sans éclat, sans manifestations psychopathiques tranchantes. Seules des réactions médico-légales attirent l'attention sur eux du fait que chez ces patients la désagrégation intellectuelle commence souvent par une atteinte de la personnalité morale.

Benon en déduit qu'il existe une forme de démence précoce ambulatoire, forme fruste d'un grand intérêt au point de vue judiciaire et social ; tels malades de cette sorte pouvant circuler pendant des années en marge des lois sociales.

Pour l'auteur, le vagabondage, soit comme symptôme de début, soit comme manifestation pathologique au cours des rémissions est à retenir ; aussi selon lui, tous les récidivistes du vagabondage devraient-ils faire l'objet d'une expertise.

- Un seul examen d'expertise ne sera pas suffisant pour parvenir à un diagnostic si l'expert n'a pas le recul d'une certaine évolution. Ce difficile problème diagnostic que constitue la reconnaissance d'un tableau d'héboïdophrénie est typiquement illustré par la présentation faite par Capgras, Dupouy et Briau à la séance du 31 octobre 1927 de la Société Médico-Psychologique.

Sous le titre : "Délire malicieux héboïdophrénique" Capgras présente une jeune fille manifestant de gros troubles du comportement dans sa famille et au service, avec une forte teinte de perversité, sur un fond intellectuel bien conservé, pour laquelle on a évoqué d'emblée le diagnostic de déséquilibre mental, celui-ci confirmé selon les auteurs par une lourde hérédité familiale.

Outre le déséquilibre, ont été également soulevés les diagnostics de psychasthénie, d'hystérie, d'encéphalite puis rapidement repoussés. Mais suivant les termes même de l'auteur :

"En fouillant davantage, on découvre dans le comportement de cette malade des discordances et un ensemble de phénomènes masqués à première vue par les apparences, qui relèvent un trouble profond du jugement, de la volonté, de l'affectivité et l'existence d'un narcissisme, d'un transitivisme et d'une ambivalence schizophrénique... notons en outre que l'analyse psychométrique révèle un niveau mental inférieur dont le déficit augmente peu à peu". Puis de conclure : "il y a donc là croyons-nous, une forme atténuée d'affaiblissement psychique qui, jointe au caractère malicieux et antisocial des actes, permet non point d'affirmer, mais de soupçonner l'héboïdophrénie. L'avenir décidera !".

- La même année, à une séance de la Société de Médecine mentale, Guiraud intitule ainsi une intervention : "Constitution perverse ou Héboïdophrénie".

Il rappelle que le groupe des sujets appelés "fous moraux", pervers, ou mieux, antisociaux, comprend plusieurs

variétés au point de vue étiologique et même clinique. Une des plus nettes est l'héboïdophrénie qui, par bien des points entre dans le cadre de la démence précoce de Kraepelin.

A propos d'une observation, Guiraud dégage les caractéristiques cliniques de cette affection. Entre autres signes il parle de "l'autisme morose", exprimant par là la perte de la joie de vivre, l'isolement, la claustration et l'inquiétude hostile propre à ces malades. Ces derniers manifestent également une opposition brutale, aveugle et sans raison à des actes sans importance commandés par la discipline sociale, Guiraud décrivant là ce qu'il appelle : la "résistance violente négativiste", à l'origine des nombreux conflits dans les relations à autrui, présentés par ces héboïdophrènes.

Précisant sa pensée, Guiraud dit :

"... l'héboïdophrénie peut ainsi être considérée comme la forme perverse et antisociale de la schizophrénie fruste. Il n'est pas indispensable que les troubles débutent à la puberté comme c'est le cas de la Démence Précoce pour porter le diagnostic d'héboïdophrénie, laquelle peut être l'aboutissement de tendances spéciales dites schizoïdes, en passant par la schizomanie..."

VIII. HEUYER.

Sous la direction du professeur G. Heuyer deux travaux importants en rapport avec notre sujet seront publiés en 1929-30.

- Citons en premier l'étude de Melle Badonnel et M. Bouyssou "les voies d'entrée dans la Démence Précoce". Cinq types différents de mode d'entrée sont envisagés et le type III, qui nous intéresse, regroupe les cas évoluant avec des symptomes de perversion morale et d'incapacité à se plier à la vie familiale ou sociale.

Les auteurs soulignent en introduction l'importance de ce type en raison des difficultés médico-légales qu'il peut soulever ; la psychose pouvant en effet déterminer à son début des troubles moraux de même aspect que ceux des perversions instinctives.

Ils illustrent leurs propos de 4 observations très caractéristiques puis esquissent les grandes lignes du tableau clinique : chez un enfant, auparavant tout à fait normal, apparaissent des troubles graves du caractère accompagnés du syndrome de discordance intellectuelle, affective et pragmatique. Le patient manifeste des tendances aux fugues, au vagabondage, au vol, à la prostitution, aux violences contre les personnes entraînant ainsi des réactions médico-légales qui peuvent rendre l'expertise nécessaire.

L'article se termine par une étude de diagnostic différentiel opposant cette forme particulière de Démence Précoce aux perversions instinctives, aux perversions des post-encéphalitiques ou des débiles.

- En deuxième lieu citons l'étude que fit, sous la direction du professeur G. Heuyer, Melle Serin des "troubles du caractère au début de la Démence Précoce". Rappelant dans son aperçu historique que la notion de ces troubles du caractère prédominants, est déjà ancienne et que Kahlbaum le premier les a décrits sous le nom d'héboïdophrénie, l'auteur esquisse le tableau clinique de façon très précise et l'illustre de 8 observations.

Ce deuxième travail s'inscrit dans la lignée du premier; en effet, Badonnel et Bouyssou qui s'étaient donnés pour but, en étudiant les voies d'entrée dans la démence précoce, d'apporter quelque clarté sur l'étiologie de la maladie, sur son origine organique ou psychologique, sont suivis dans cette voie par Melle Serin qui consacre une grande partie de son article à l'étude

pathogénique de ces troubles du caractère au début de la démence précoce.

IX. CLAUDE.

Avec Claude et ses élèves le vocabulaire change, les héboïdophrènes s'ils existent toujours, doivent être recherchés sous d'autres rubriques nosographiques. Claude décrit "les schizoses", une forme de celle-ci étant la schizomanie qu'il caractérise ainsi :

"La schizomanie représente l'état pathologique du schizoïde qui a cessé de s'adapter à l'ambiance. La réalité est de plus en plus négligée. Les malades sont inertes, inactifs, l'air absent et donnent l'apparence de l'inaffectivité... l'intégrité des fonctions intellectuelles est cependant parfaite... quand la réalité extérieure leur est imposée, ils essaient parfois de s'y soustraire par des fugues, des crises d'exaltation confusionnelle ou par le suicide..."

Ces schizomanes tels que Claude les décrit sont sous plusieurs aspects identiques aux héboïdophrènes ; tout comme ceux-ci ils associent à des traits de personnalité schizophrénique des troubles importants du caractère allant jusqu'à des fugues ou tentatives de suicides. Pour les deux types de malades le pronostic est également moins sévère, les 2 affections n'évoluant pas fatalement vers la démence schizophrénique.

Ces schizomanes qui, lorsqu'on les confronte avec la réalité, présentent des troubles graves du comportement sont-ils les héboïdophrènes de Kahlbaum ? Ne faut-il pas plutôt les rechercher dans ce groupe que Robin et Borel, élèves de Claude, ont appelé : "les rêveurs éveillés" ? ou dans celui des "boudeurs morbides", décrits par A. Borel et Lafforgue ?. Ces sujets remarquables par leur égoïsme, leur orgueil, une mauvaise humeur habituelle, des colères faciles, des difficultés à supporter la moindre contrariété, qui entraînent dès le plus jeune âge la

réaction de bouderie d'une façon immodérée et déjà anormalement durable.

Décrits également comme présentant des troubles du caractère très prononcés avec tendances hostiles et agressives, ambivalence extrême et perturbations graves du développement libidonal.

Du cadre des schizoses de l'école de Claude se dégagent comme nous le voyons, certains types tels les "boudeurs morbides", les "schizomanes" ou les "rêveurs éveillés" qui doivent nous arrêter par leurs relations avérées aux formes caractérielles de la schizophrénie.

X. AUX U.S.A.

Des formes caractérielles de la schizophrénie, des formes frustes de la démence précoce, de l'héboïdophrénie, il ne sera quasiment plus fait mention en France jusque vers les années 50, cependant qu'aux Etats Unis ces notions auront un certain regain d'actualité.

Hoch et ses collaborateurs y étudient les formes pseudo-psychopathiques de la schizophrénie et décrivent 3 types différenciés de ces schizophrènes pseudo-psychopathiques :

a) il y a le type "agressif-passif" avec pan-angoisse, pan-névrose et organisation sexuelle cahotique, se caractérisant par son attitude affective de dépendance.

b) les "mattoïdes", avec attitude défiante, agressive, sans angoisse, ni sentiment de culpabilité et qui, apparemment, se justifient d'actes illicites en impliquant des tiers.

c) les "isolés" avec repliement, attitudes étranges, alcoolisme compensatoire, usage de stupéfiants (qui évoquent les boudeurs morbides ou rêveurs de l'école de Claude).

Dans ces travaux, Hoch s'est attaché à l'étude séméiologique fine, posant le problème sur un terrain exclusivement clinique ; et, à partir des descriptions qu'il nous donne on peut remarquer les grandes similitudes entre les "mattoïdes" de Hoch et les "héboïdophrènes" de Kahlbaum ou entre les "isolés" et les "boudeurs" de Borel.

Ainsi, Hoch a fait la démonstration de la réalité clinique de ces malades qui se manifestent surtout à travers des réactions caractérielles, témoignant non pas d'une structure de déséquilibre psychopathique, mais bien d'une structure schizophrénique dont les symptômes fondamentaux sont tellement discrets qu'ils peuvent passer inaperçus.

XI. L'EPOQUE CONTEMPORAINE.

Vers les années 50, après un silence d'une vingtaine d'années on recommence à parler de ces schizophrènes aux troubles caractériels graves et quelques travaux qui s'inscrivent dans la ligne de ceux de Hoch vont leur être consacré.

a) Mme Mackensen en 1950, dans sa thèse "Schizophrénie et conscience morale" redonne une certaine actualité à l'étude de cette forme clinique de schizophrénie.

Dans ce travail, l'auteur tente de considérer la mesure dans laquelle la conscience morale est touchée par le processus schizophrénique ; les modifications que cette atteinte morbide imprime au sens éthique et les conséquences qui paraissent en résulter, tant dans le domaine psychique que dans le comportement extérieur.

La conduite du malade atteint de schizophrénie, considéré sous le rapport de la moralité, se présenterait pathologiquement sous deux aspects principaux (qui peuvent d'ailleurs se

succéder parfois chez un même sujet). Ce sont :

- soit une perte apparente de la moralité, plus ou moins accentuée suivant les cas, et qui est l'éventualité la plus fréquente.
- soit une exagération apparente de la moralité (survenant alors comme symptôme prodromique de l'affection, pour disparaître par la suite, cette manifestation morbide étant de beaucoup plus rare que la première).

C'est en étudiant le premier aspect pathologique, la perte apparente de la moralité, ce qu'elle appelle : "chute éthique du schizophrène" que l'auteur vient à parler de l'héboïdophrénie.

Après un rapide survol historique de la question, Mme Mackensen rappelle que chez ces malades avant même que l'on puisse parler de schizophrénie on relève un affaiblissement notable de la moralité. Cet affaiblissement s'ordonnerait suivant trois ordres de manifestations qui sont :

- les réactions anti-sociales
- la perte du sentiment de dignité individuelle
- les manifestations d'indifférence ou d'insensibilité morale pure.

L'auteur rappelle ensuite, à propos des réactions médico-légales, le parallèle qu'avait fait Sérieux en 1902, entre les paralytiques généraux et les déments précoces : deux types différents de malades mais ayant en commun de pouvoir ne se signaler à l'attention, dans la période prodromique de l'affection, avant tout signe clinique, que par des actes criminels ou délictueux.

D'après Mme Mackensen, que les réactions caractérielles soient graves ou légères au point de vue pénal, qu'elles revêtent les apparences assez diverses notées par les classiques (meurtres, coups, blessures, violence, agressions, vols,

atteintes aux moeurs, etc...) toutes paraissent être caractérisées d'une manière plus générale, par le fait qu'elles sont :

"... des manifestations de l'extroversion du malade. Ce sont des actes par lesquels le schizophrène, bien loin de se replier sur lui-même, perdu dans un rêve imprécis, fait irruption dans le monde extérieur et impose l'idée de sa présence..."

Les tendances caractérielles et revendicatrices traduiraient ainsi la prédominance de l'instinct de défense, elles ne seraient que l'envers des processus d'hypermoralisation par lesquels certains schizophrènes expriment un désir latent d'autopunition.

Avec ces réflexions d'ordre pathogénique, Mme Mackensen inaugure un stade plus avancé des réflexions sur les troubles caractériels chez les schizophrènes. Jusque là les publications sur ce sujet avaient surtout pour préoccupation majeure d'authentifier le tableau clinique décrit par Kahlbaum et d'argumenter dans son sens en y apportant des illustrations.

Il ne fait de doute pour personne que les héboïdophrènes sont des schizophrènes, que l'envahissement psychotique n'est pas toujours perceptible et que bien souvent le patient n'apporte au clinicien que des manifestations caractérielles. C'est le sens de ces manifestations, leur interprétation, à la lumière des différentes théories psychopathologiques qui est au centre des préoccupations actuelles.

b) L'article de Soccaras "schizophrénie pseudo-névrotique et schizophrénie pseudo-caractérielle" est une illustration de cette nouvelle direction des recherches. (Rev. Française de Psychanalyse 1954 n° 4) établissant une hiérarchie parmi les formes mineures de schizophrénie.

l'auteur écrit :

"... il me semble aussi que parmi les schizophrénies mineures, les pseudo-caractériels sont les malades chez lesquels l'agressivité est le moins maitrisée. Nous pouvons établir une échelle en partant des boudeurs ou des agressifs-passifs pour

terminer avec les pseudo-pervers en passant par les pseudo-paranoïaques, nous nous trouverons alors en présence de manifestations de plus en plus importantes de l'agressivité, celle-ci pouvant servir comme moyen de défense contre l'angoisse...".

Alors que chez les schizophrènes pseudo-névrotiques la "pan-angoisse" est une caractéristique principale, l'absence de celle-ci, son atténuation ou son déplacement constituerait un des symptômes rencontrés fréquemment chez les pseudo-caractériels.

Toujours d'après Soccoras :

"... le pseudo caractériel s'efforce constamment de maintenir le contact avec la réalité en utilisant des mécanismes divers ; même lorsqu'il s'adonne à la boisson, il tente de vaincre l'asthénie sur un plan superficiel, et plus profondément, de trouver des relations objectales au moyen de l'alcool...".

- un des plus récents travaux consacrés à l'Héboïdophrénie est la thèse de Jacques Chazaud "Recherches sur l'héboïdophrénie. Une étude de la schizophrénie à symptomatologie dite "caractérielle" prévalente". (Thèse Médecine Paris 1961).

Chazaud illustre très abondamment son étude par 10 observations de patients dont 2 plus particulièrement documentées, les 2 observations où il relate les aléas d'entretiens psychothérapiques avec de tels patients.

S'intéressant au problème du sens de cette réaction caractérielle, de sa pathogénie, l'auteur rapporte les quelques idées exposées déjà à ce propos : l'idée de Heuyer sur l'éventualité d'un processus torpide, peut être tuberculeux, celles exposées plus haut par Mme Mackensen, celles encore, de teinte psychanalytique, apportées par des auteurs comme Soccaras ou Bouvet. Opérant la synthèse des réflexions de ces auteurs et des siennes propres, Chazaud conclut en voyant dans ces réactions caractérielles des héboïdophrènes une défense contre la désagrégation schizophrénique ; en proie au vertige d'une régression sans limite, le sujet

tente de se réfugier sur une plate-forme équivalant à un stade régressif moins profond, ce stade étant représenté dans la réalité extérieure par tous ces troubles du comportement.

L'auteur pense que ces grandes réactions psychopathiques des héboïdophrènes doivent finalement être rapprochées du négativisme schizophrénique et comprises comme l'expression d'un négativisme à affinité caractérielle et sociale.

Souvent actuellement encore il est fait référence aux travaux de Kahlbaum ou à ceux des psychiatres qui apportèrent leur contribution à l'étude de l'Héboïdophrénie, notamment dans les ouvrages consacrés aux problèmes de l'enfance et de l'adolescence : qu'il s'agisse de Gilbert-Robin, de Michaux ou de Mâle par exemple.

CONCLUSION.

Des Héboïdes de Kahlbaum, aux mattoïdes de Hoch en passant par les boudeurs de Borel, derrière l'apparente disparité des tableaux cliniques, il se dégage une ambiance, une concordance des thèmes qui semble bien imposer l'idée de la réalité d'une forme particulière de la psychose schizophrénique. Cette forme où sur le fond des symptômes communs plus ou moins discrets selon le moment de l'évolution, où sur le fond des poussées qui paraissent aussi avec le pronostic relativement meilleur, un des caractères cliniques les plus importants de la maladie, apparaissent en prèvalence des manifestations conflictuelles et caractérielles plus ou moins aiguës selon les relations avec l'entourage. Ces manifestations étant très variables dans leur expression et paraissant osciller de la simple ironie ou bouderie morbide aux grandes réactions psychopathiques.

Si la réalité clinique d'une forme particulière, à symptomatologie caractérielle prévalente, de la psychose schizophrénique semble bien s'imposer, le problème de la place de cette entité clinique dans la Nosographie a été le lieu de nombreuses controverses.

Mais il ne semble pas que l'on ait contesté l'appartenance de cette variété classique au groupe des psychoses schizophréniques ; qu'elle s'appelle Héboïdophrénie et soit une variété légère d'Hébéphrénie, qu'elle soit répertoriée dans le cadre de la Démence simple ou celui de la Schizophrénie. Que les auteurs préfèrent en faire une forme bien individualisée ou au contraire la considérer comme une variété d'une forme plus structurée, tous s'accordent pour ranger cette affection dans le cadre de la Schizophrénie.

Les auteurs contemporains moins préoccupés par des problèmes de nosographie pour cantonner leurs travaux dans la Clinique et la Pathogénie, utilisent des nomenclatures plus explicites et parlent de schizophrènes pseudo-psychopathiques ou de schizophrènie à symptomatologie caractérielle prévalente.

Les auteurs allemands, à la suite de Kahlbaum, se sont intéressés surtout aux rapports de la Démence Précoce et de l'Héboïdophrénie ; actuellement ils n'en font plus grand cas, le psychiatre allemand classe le plus souvent de tels "caractériels" parmi les hébéphrènes étant donné que la notion de schizophrénie en Allemagne n'exige pas l'évolution vers une dissociation importante.

Par contre les auteurs français, alors que l'intérêt des auteurs allemands faiblissait, ont pris le relais et se sont particulièrement préoccupés des relations de l'Héboïdophrénie avec le Déséquilibre Psychopathique. A la période allemande de la fin du XIX° siècle a succédé une époque marquée surtout des travaux français qui considéraient l'Héboïde comme un sujet d'expertise posant un problème médico-légal qui pouvait passioner les générations de grands experts des premières décades du XXe siècle.

1ère OBSERVATION : CAS B.

B est un homme de 41 ans de taille moyenne en tout point indentique à la grande masse des malades du service ; j'entends par là que physiquement, vu dans son allure extérieure, il ne tranche aucunement sur les autres si toutefois son comportement fait qu'il est un personnage bien singulier.

Il est admis à Stephansfeld en Avril 1954 adressé par la Clinique Psychiatrique de Strasbourg.

BIOGRAPHIE.

B est né à Strasbourg, le deuxième et dernier enfant d'une famille de commerçants strasbourgeois, la soeur est son aînée de deux ans. Le père est épicier-confiseur, d'origine roumaine ayant quitté son pays pour s'installer en Alsace où il s'est marié avec une alsacienne issue d'une famille de marchands de chevaux. Les époux sont israélites et élèvent leurs 2 enfants suivant les principes et règles de leur religion.

B dit de son père que c'était un homme juste, très strict sur les questions de religion ou d'honnêteté, toutefois il regrette que celui-ci ne l'ait pas élevé plus sévèrement.

Il est très attaché à sa mère, est conscient de toute l'emprise qu'il a sur elle et n'hésite pas à la tourmenter par des récits imaginaires sur les souffrances qu'il ressent ou les injustices que lui fait subir son entourage. La famille dit du malade qu'il a été élevé dans les jupes de sa mère, et qu'elle a toujours été d'une grande indulgence pour lui.

Comme antécédents pathologiques dans cette famille nous retiendrons que la mère du malade a été longtemps en traitement chez des psychiatres pour des troubles nerveux mineurs. Un grand-père et un oncle du côté maternel auraient été de gros alcooliques.

B est élevé dans sa famille à Strasbourg jusqu'à l'âge de 13 ans, jusqu'en 1939. C'est un enfant timide, jouant seul, et replié sur lui-même ; mais ces traits de caractère n'atteignent pas un degré tel que la famille s'en inquiète. A l'école il est bon élève, passionné, dit-il, par le Français et la Grammaire, l'histoire et la géographie, mais n'aime pas du tout l'arithmétique, la gymnastique et le dessin. Par ces goûts il dit s'être senti déjà différent des autres, de ses camarades de classe, qui le jalousaient, notamment de parler si bien le Français. A 13 ans B passe le CEP et réussit avec mention sans surprise pour la famille.

En 1939 éclate la guerre, la famille quitte l'Alsace pour aller s'installer dans le Périgord où le père a pour fonction officielle d'organiser et de coordonner l'existence des alsaciens-lorrains réfugiés dans la région.

A la rentrée scolaire B est inscrit comme interne au lycée de Périgueux, mais ses études secondaires vont s'arrêter au bout de 3 mois ; en effet il a des difficultés à suivre l'enseignement du lycée ; ceci étonne la famille qui avait connu son aisance à l'école primaire. De même il supporte très mal la vie d'internat, continuellement en butte à ses camarades de classe ; il était, dit-il, le souffre-douleur de la classe. Après que B ait fugué deux ou trois fois de l'internat, le Proviseur invite la famille à garder l'enfant à la maison.

Ainsi, de l'âge de 13 ans jusqu'à 21 ans, c'est-à-dire pendant toute la période passée dans le Périgord, B n'aura aucune activité professionnelle suivie après son renvoi du lycée. Il reste à la maison s'occupant des poules, des canards , faisant du jardinage et soignant le verger.

C'est à cette époque que commencent des troubles caractériels très importants. B devient extrêmement irritable, et la moindre remarque le fait rentrer dans des colères clastiques ; il se vexe pour une peccadille et supporte très mal les remontrances, surtout si elles viennent de ses parents. Il les injurie, et les menace, devient haineux avec son père ou sa mère.

Parce qu'il est insomniaque et qu'il se masturbe de façon immodérée dit-il, un médecin lui prescrit des comprimés de phénergan. Un jour, absorbant tout un tube de phénergan il tente de se suicider, dort 2 jours, puis ses parents l'emmènent consulter le Professeur Pfersdorff à Périgueux. A cette époque le malade a 16 ans.

Se rémémorant cette période, B raconte comment il a enterré un chat vivant, comment il en a noyé un autre en l'enfermant vivant dans un sac amarré à une pierre ; tout ceci parce qu'il n'aime pas les chats ! Il raconte aussi comment il se masturbait en utilisant les poules de son poulailler qu'il pressait contre sa verge ; combient il aimait attraper des vers de terre, les couper en morceaux ou les faire frire vivants sur un feu.

Durant les 8 années écoulées en famille près de Périgueux B n'a eu d'autres activités que les menus travaux nécessités par les quelques poules et canards de la famille. En fait B est surtout à cette période très apragmatique, et fait état de gros troubles caractériels.

A 21 ans sa famille est de retour en Alsace, le père se réinstalle dans son commerce d'épicerie et confiserie et essaye d'employer son fils comme démarcheur (celui-ci ayant à contacter les épiciers de la ville afin de leur proposer les différents articles vendus en gros ou en détail par le commerce paternel). Pendant 2 ans B s'acquitte tant bien que mal de ce travail de représentant mais ne prospecte pas hors de la ville. Progressivement il s'avère qu'il est de moins en moins capable de poursuivre sérieusement cette activité. Il arrête alors et se contente de venir travailler de temps en temps dans le magasin paternel, il tient la caisse, mais subitement fait des réflexions déplacées aux clients. Sa famille le laisse alors passer ses journées en promenades dans Strasbourg, il fréquente assidûment les Bibliothèques de la ville, passionné par les livres de Boris Vian, il lit de grandes quantités d'ouvrages. Il se promène dans les faubourgs, à l'extérieur de la ville, promenant son chien ; au hasard de rencontres avec de jeunes garçons il a des relations homosexuelles avec ceux-ci. Pendant quelques mois il devient un adepte assidu d'une secte religieuse : les adventistes du 7e jour.

LES HOSPITALISATIONS EN PSYCHIATRIE.

Un jour B fait une fugue sans but précis et sans préparation puisqu'il part de chez lui sans argent ni valise. Faisant de l'auto-stop il trouve des automobilistes qui le conduiront sur la route de Paris à une centaine de kilomètres de Strasbourg. Il fait alors téléphoner à son père qui vient le rejoindre et profite de la proximité d'un Hôpital Psychiatrique pour y faire admettre son fils. C'est le premier séjour à l'Hôpital Psychiatrique de Lorquin de B en 1950, il a 24 ans.

La première hospitalisation dure 3 mois pendant laquelle il est traité par comas insuliniques.

A sa sortie de l'Hôpital Psychiatrique de Lorquin sa famille ne voulant le garder elle le fait placer à Ainay le Chateau où il va pendant quelques mois s'intéresser quelque peu à l'agriculture. Mais après neuf mois B s'évade de la colonie familiale et regagne sa famille.

De retour en famille les disputes se font de plus en plus nombreuses, à la suite d'une très violente altercation avec son beau-frère, il est placé d'office à l'Hôpital Psychiatrique de Lorquin duquel il ressortira 7 mois plus tard pour y être à nouveau réadressé, n'y séjournant alors qu'une dizaine de jours.

En mars 1954 à 28 ans après un séjour de quelques semaines à la Clinique Psychiatrique de Strasbourg il est adressé à Stephansfeld et sur le certificat d'admission nous notons :

"... est atteint de schizophrénie évoluant depuis plusieurs années ayant déjà nécessité plusieurs hospitalisations... actuellement épisodes d'agressivité surtout verbale avec menaces de suicide et accusations portées contre l'entourage. Dans l'intervalle, malade calme, très lucide, décrit avec précision les symptômes : affaiblissement, barrages, dissociation de la pensée, bizarreries. Troubles de la sphère affective, haines familiales. Idées délirantes de persécution, parfois de thème mélancolique. Excitation érotique, raptus impulsifs.
... Evolution caractérisée par des épisodes aigus avec agitation, agressivité, idées délirantes, de suicide, excitation érotique..."

TREIZE ANNEES A STEPHANSFELD.

En relisant les nombreuses notes consignées au cours des mois dans le dossier médical de B il saute aux yeux cette grande instabilité d'humeur qui caractérise sa façon de vivre dans l'Hôpital Psychiatrique.

"Autisme - apragmatisme - dissociation - idées délirantes" à l'admission, 3 semaines après on note un changement complet de l'attitude, le malade est détendu, beaucoup plus ouvert, souriant, collaborant activement à l'entretien. Certaines périodes il est très agité, incommode les autres malades par ses altercations et ses bavardages incessants, fuit les visites du médecin et se montre impoli et provocant à son égard.
A d'autres moments il est très conciliant, très calme, demandant à travailler pour s'occuper, veillant à paraître très propre et correctement vêtu.

Tantôt il cherche des disputes continuelles avec les infirmiers, refusant de se raser, renvoyant la nourriture et réclamant un régime végétarien, il urine dans les lavabos, etc... Alors que d'autres fois il est "hyperpoli" obséquieux, très gentil, serviable.

Cette variation continuelle de l'humeur est également variablement ressentie par sa famille lors des visites. Parfois B refuse de recevoir les siens, ou alors ne leur adresse pas la parole, s'il parle c'est pour affoler sa mère à propos d'un prétendu état de santé gravissime ou pour lui communiquer secrètement les supplices et brimades que lui infligent les infirmiers. Sa mère inquiète vient chercher des explications auprès du médecin puis quelques semaines après retrouve son fils florissant, propre, aimable et câlin.

Que ce soit dans ses relations avec sa famille, avec les autres malades, avec les infirmiers ou les médecins B est alternativement en conflit ou inversement dans les meilleures dispositions, provoquant des incidents puis s'employant plus tard à en effacer le souvenir.

A part quelques épisodes d'excitation de quelques jours et décrits comme ayant une allure hypomaniaque il n'est pas relevé durant ces 13 années en Hôpital Psychiatrique d'épisode franchement psychotique. Si quelquefois dans ses propos sont notées des idées délirantes à type de préjudice, comme cette affirmation que son internement est une question politique, il est remarquable que ces idées délirantes sont plus manifestées verbalement que vécues réellement par le sujet.

ACTUELLEMENT.

B a maigri quelque peu, ses tempes grisonnent, ses vêtements tout en étant très corrects sont vieux et passés de mode, il est rasé de près, toujours très propre.

Comme il est alternativement souriant et très poli, ou renfrogné et fuyant tout entretien, il est nécessaire de s'entretenir avec B pendant les bonnes périodes afin de se rendre mieux compte de sa vivacité intellectuelle.

Il s'exprime très clairement, dans une langue riche et fine qui surprend chez une personne n'ayant pas dépassé l'école primaire. Les entretiens avec lui se déroulent en gros sur deux modes : très fréquemment sur un mode ludique, B ironisant sur son sort, plaisantant ou faisant de bons mots avec un humour assez froid ; ou inversement il discoure sur un mode hypochondriaque, se plaignant de son intestin sec et de sa constipation opiniâtre ou de son tempérament hépatique. Dans ses propos il fait montre d'une propension à s'accuser de tous "les péchés du monde", implorant la punition, le châtiment corporel qui le lavera de toutes ses fautes, semblant tirer beaucoup de plaisir à faire étalage de ses fautes.

Si ses connaissances intellectuelles souffrent de ces longues années en Hôpital Psychiatrique qui l'ont éloigné de tout contact enrichissant, il garde toutefois une grande vivacité d'esprit si l'on en juge par toute l'ironie, la présence d'esprit, la perspicacité dont il fait montre dans ses entretiens.

Il se plaint de temps à autre de ce qu'il appelle des "petites crises épileptoïdes" qui à l'examen s'avèrent être des troubles du cours de la pensée très fugaces à type de barrage et fuite des idées.

Dans ses relations avec autrui B est toujours semblable au personnage qu'il s'est créé après 13 ans à Stephansfeld. Toujours plus ou moins en bute aux infirmiers qui trouvent ce malade bien curieux qui provoque des incidents sans arrêt s'en excusant peu après ; ses relations avec les autres malades ne sont pas meilleures, il a un petit groupe de congénères avec lesquels il se dispute continuellement à propos d'appartenances politiques ou religieuses, allant jusqu'à en rosser certains de coups, se faisant tabasser aussi à son tour.

L'assistante sociale ne s'inquiète plus de ses sautes d'humeur et sait très bien que si un jour les cadeaux qu'elle lui apporte sont refusés, quelques jours après ils seront les bienvenus.

Au cours de 13 ans de vie en Hôpital Psychiatrique l'attitude de B dans le service, ses relations à autrui semblent toujours avoir été à peu près identiques et il est permis de supposer qu'elles se maintiendront sur ce mode.

B aime beaucoup écrire et il inonde par période les médecins de ses écrits où, à travers une syntaxe franchement pathologique, il est possible de voir exprimer quelques idées délirantes.

RESUME.

Jusqu'à 13 ans, bien qu'un peu renfermé, B ne manifeste aucun symptôme pathologique ; après un essai raté de 3 mois au lycée apparaissent des modifications très nettes du caractère : coléreux, irritable, pervers, impulsif il devient très difficile de vivre avec lui et il faut toute l'indulgence de ses parents pour le tolérer.

Ceux-ci le gardent à la maison tentant de l'occuper par de menus travaux de jardinage ou d'aviculture.

De moins en moins stable, incapable d'avoir une activité professionnelle suivie B accepte à 20 ans de dépendre totalement de ses parents et de passer ses journées en promenades ou lectures.

De plus en plus agressif et coléreux il met sa famille dans l'obligation de le faire hospitaliser. Pendant quelques années il passe son temps entre l'Hôpital Psychiatrique , la Clinique Psychiatrique et la maison paternelle, puis on décide son internement à l'Hôpital Psychiatrique de Stephansfeld où il se trouve depuis 13 ans.

Ce cas nous a paru intéressant par le recul qu'il nous donne et parce qu'il nous permet de voir qu'à 40 ans le malade n'a jamais extériorisé de moment franchement psychotique durable, de même que ses facultés intellectuelles sont demeurées apparemment peu atteintes. Les seuls signes de la sémiologie schizophrénique étaient toujours très discrets, par exemple les troubles du cours de la pensée, mais bien présents. De même, s'il n'a jamais été rapporté d'épisode délirant franc, le malade a de temps en temps fait part de réflexions délirantes, sans toutefois montrer un grand intérêt pour celles-ci. L'expérience délirante si elle a été parfois exprimée verbalement n'a jamais été apparemment vécue véritablement par le malade.

2ème OBSERVATION : cas G.

G. est arrivé dans le service en décembre 1965, transféré de l'Hôpital Psychiatrique départemental de Clermont de l'Oise, afin de le rapprocher de sa famille demeurant en Alsace.

C'est un homme de 31 ans, grand et mince , le visage émacié et pâle, mal rasé, les yeux cachés derrière une paire de lunettes, elles-mêmes recouvertes de verres foncés. La mimique est quasiment inexpressive et G reste immobile sur sa chaise insouciant des personnes de son entourage. Il s'anime quelque peu pour répondre aux questions du médecin de garde, sans toutefois apporter des informations et des renseignements bien précis : il reste dans le vague, élude les questions, ou répond à côté. Il faudra de nombreux entretiens avec lui, puis avec sa famille, tout au long de son hospitalisation pour arriver à se faire une idée de son histoire.

ANTECEDENTS FAMILIAUX : père - mère - frère.

G est né à Strasbourg en 1934 dans une famille juive d'industriels du textile. Il est l'aîné de deux garçons, son frère étant de 4 ans son cadet.

L'hérédité de cette famille est relativement chargée : du côté du père, une grand-mère paternelle aurait été en maison de santé (où elle y aurait terminé ses jours). Un oncle qui avait épousé une femme de 15 années plus jeune se serait suicidé. Dans les ascendants de la branche maternelle on ne retrouve qu'un grand-père qui aurait été "nerveux".

Le père de G est rigide et austère ; sa femme le dit nerveux, anxieux, "à principes", ayant la manie de l'ordre. G se plaint d'avoir été souvent brutalisé, ainsi que son frère, par ce père qu'il dénonce comme un tyran familial et qui n'hésitait pas à lever la main sur sa femme.

La mère actuellement se présente comme une personne exubérente, hypomane, expliquant complaisamment que son mari, non content d'avoir détraqué ses 2 fils , l'avait mis, elle, dans un tel état nerveux qu'elle dut entreprendre une psychothérapie. Elle reprend contre son mari les accusations de tyran de ménage contre lequel elle essayait de protéger ses fils ; parfois découragée elle "piquait des crises ne nerfs" nous dit-elle.

Le frère , de 4 ans son cadet, a été traité par des psychiatres dès l'âge de 14 ans pour des troubles caractériels et de nombreuses fugues, l'ensemble évoluant rapidement en quelques mois vers un tableau caractéristique d'hébéphrénie. Il est actuellement, à 29 ans, dans une maison spécialisée ou il s'occupe d'horticulture. G dit de son frère que ce n'était pas comme lui un intellectuel, mais un manuel et qu'ils n'avaient pas beaucoup de sentiments l'un pour l'autre.

ENFANCE, SCOLARITE.

C'est dans ce nid familial, qui déjà tranche sur l'ordinaire, que nous allons suivre les premières années de l'existence de G.

La grossesse, l'accouchement et le développement des premières années se déroulent sans qu'il soit relevé aucun événement remarquable. Mais progressivement son père trouve G facilement opposant et têtu et observe une incontinence urinaire, intermittente, particulièrement quand il est énervé.

Puis arrive la guerre : en 1939 G a 5 ans, son père est mobilisé puis fait prisonnier et le restera jusqu'en 1945. La mère part avec ses deux enfants à Thonon-les-Bains, puis ira se réfugier en Suisse pour échapper aux exactions contre la communauté juive. G garde un excellent souvenir de ces années en Suisse où la famille demeurait dans un hôtel, et de ses premières années de scolarité dans ce pays.

La guerre finie, le retour du père au foyer occasionne les premières difficultés notables, à tel point que le père se sent considéré par G comme son ennemi n° 1. De même, à partir de cette époque, sa scolarité va emprunter un cours très sinueux. A 11 ans il rentre en classe de 7e au Gymnase Protestant, passe son examen de 6e et son père l'inscrit au lycée classique duquel il sera renvoyé, 2 ans après, pour paresse et pour avoir fait à plusieurs reprises l'école buissonnière. Pendant 6 mois il va suivre les cours d'une école privée dans la région parisienne où il est interne ; puis son père, usant de ses relations, arrive à le faire inscrire dans un lycée moderne de Strasbourg ; il en sera également renvoyé étant trop paresseux, têtu et indiscipliné. Désespérant de lui faire suivre des études secondaires, les parents de G l'inscrivent dans une école professionnelle commerciale. A la suite de ce cours commercial, il est employé pendant une quinzaine de mois en tant qu'apprenti vendeur dans un commerce d'étoffes et obtient le diplôme de vendeur de l'Ecole de Commerce à l'âge de 18 ans.

A cette époque G est très solitaire, il n'a pas d'ami ni de flirt, son père le surveille de très près, contrôlant sévèrement ses sorties. La famille habite une villa quelque peu isolée, les 2 frères n'ont pas beaucoup de camarades de jeu et ne s'entendent pas très bien entre eux.

LE SERVICE MILITAIRE. Le 1er Hôpital Psychiatrique.

Après ces échecs scolaires et en dépit des exhortations de son père qui lui vante les vertus du travail G ne se montre pas beaucoup plus interessé par son activité de vendeur. A 19 ans il devance l'appel et fera son service militaire comme employé de bureau à l'Etat Major. Un soir qu'il avait été désigné pour effectuer la garde, ne pouvant ainsi se rendre à un rendez-vous projeté, il va dans les toilettes et se coupe une veine.

Cette tentative de suicide le conduit dans un Hôpital Psychiatrique voisin (Laxou) pour quelques semaines.

Mais à la sortie de cet établissement, sa conduite, et notamment des ivresses pathologiques, amèneront les autorités militaires à le réformer au bout de 12 mois passés sous les drapeaux.

ACTIVITE PROFESSIONNELLE. 1ères vicissitudes.

A son retour de l'armée, il prend un emploi de représentant de commerce dans l'entreprise familiale et cela lui plait bien ; il dispose d'une voiture, voyage beaucoup à travers la France et gagne honorablement sa vie. Mais bientôt il a l'idée de prendre des commandes fictives, ne donne plus son emploi du temps, part sans prévenir avec la voiture de l'entreprise. Il se fait dresser de nombreuses contraventions et comparaît même en correctionnelle pour délit de fuite (il avait renversé une jeune fille qui circulait en bicyclette et ne s'était pas arrêté).

Sentant la situation se détériorer, le père de G le congédie et lui trouve un emploi dans un magasin où il ne restera qu'un jour, puis dans une librairie qui arrivera à le retenir pendant 3 mois.

Il a maintenant 23 ans ; après avoir fait connaissance avec les psychiatres lors de son service militaire, il ira, poussé par ses parents, consulter l'un ou l'autre des spécialistes de la ville. L'un d'eux le prend en charge pendant une année environ et entreprend une psychothérapie, mais ne parviendra pas à le détourner de ce style de vie assez cahoteux, frisant la délinquance. Consulté par la famille, le Professeur Baruk conseille un travail à mi-temps : le matin dans la fabrique paternelle et l'après-midi suivant des cours de sténo. Mais G ne fait pas grand-chose le matin et ne suit pas les cours l'après-midi.

En 1957 pendant un mois de vacances qu'on lui accorde et pendant lequel il va vivre seul, ses actes de délinquance prennent de l'ampleur. Par exemple : il vole une voiture.

A cette même période il couche dans les mansardes de la maison où il habite avec un couteau toujours près de lui et s'amuse à tailler les meubles avec ce couteau. Peu de temps après il va consulter un spécialiste parisien qui lui aurait conseillé une hospitalisation à l'Hôpital Psychiatrique de Cour-Cheverny qu'il va quitter quelques jours après l'admission rentrant à Strasbourg sans billet de chemin de fer, occasionnant ainsi des poursuites pour infraction à la police des chemins de fer.

PREMIERE EXPERTISE "est en état de démence".

A l'insu de son père G prend une représentation et c'est là que viennent se situer les délits qui occasionnent son internement. En effet il va être poursuivi pour abus de confiance, pour détournement de marchandises et pour avoir détérioré

l'automobile que lui avait confié son employeur.

Le psychiatre commis par le Juge d'instruction à l'effet de procéder à l'examen mental de G conclut : "les données de l'examen et la biographie de G montrent qu'il s'agit d'un schizophrène. Cette schizophrénie est surtout caractérisée par des troubles du comportement et par des troubles caractériels. Elle s'est manifesté très tôt chez le malade comme c'était d'ailleurs le cas chez son frère. Nous n'avons pas noté d'idées délirantes ni d'hallucinations. Cependant la mimique dissociée, les stéréotypies, l'attitude dédaigneuse, le mutisme, les quelques paroles dites sur un ton maniéré, sont des arguments en faveur de la schizophrénie...".

L'INTERNEMENT. 1ère étape : Stephansfeld.

Cette expertise conduit G à l'Hôpital Psychiatrique de Stephansfeld en octobre 1958. Pendant 6 mois les médecins le trouvent : certaines périodes très apragmatique, autiste, s'isolant, oppositioniste, fuyant la visite du médecin en restant couché au lit simulant le sommeil ; d'autres périodes il est très détendu, bavard, désireux de s'occuper à l'ergothérapie de voir son père et de lui demander pardon.

2ème ETAPE : ST MAURICE.

Sur l'insistance des parents le médecin autorise le transfert à Paris à St Maurice où le malade restera presqu'une année. Les quelques premiers mois il est dans le service libre et peut se rendre en toute liberté à Paris une fois par semaine ; mais comme il lui arrive de ne pas rentrer à l'heure, de ne pas rentrer du tout, ou d'être ivre pendant ces permissions, on le transfère en service fermé. Il s'évade du service fermé et regagne Strasbourg en auto-stop où il va traîner quelques jours, dormant à la belle étoile, puis regagnant le domicile paternel.

3ème ETAPE : ROUFFACH.

Après quelques semaines à l'Hôpital Psychiatrique de Lorquin fin 1960, il est admis au service libre de l'Hôpital Psychiatrique de Rouffach ; là il peut se rendre fréquemment en permission à Colmar et dans les environs. Peu soucieux d'observer les consignes et les horaires, revenant souvent ivre de ses permissions, il contraint ainsi le médecin à le transférer dans un service fermé. Au cours d'une promenade en dehors de l'Hôpital Psychiatrique avec ses parents, il s'enfuit, on le retrouve 3 jours plus tard à la maison. (Il est à remarquer que les fugues ne durent pas très longtemps car à l'inconfort de la vie vagabonde G préfère de beaucoup la sécurité de la vie en famille, et 2 à 3 jours de vagabondage lui suffisent généralement).

4ème ETAPE : CHATEAU DE LA VERRIERE.

De Rouffach en décembre 1961 il est transféré au Chateau de la Verrière où il ne reste que 4 mois. Les médecins se plaignent de son attitude opposante, son refus de toute thérapeutique, il est soupçonné de vol et souvent appréhendé pour ivresse. A la suite de tous ces incidents G est interné à l'Hôpital Psychiatrique interdépartemental de Clermont de l'Oise. Il quitte le chateau de la Verrière avec le certificat : "Névrose grave - Inadaptation sociale. Incurie. Conduites médico-légales récidivantes (abus de confiance, vols de voiture). Propos véhéments, adaptés, de tonalité cynique. Humeur sous-jacent. Rationnalisations multiples. Idées mystiques contingentes, peu structurées. Nombreux placements antérieurs. Maigreur. Pâleur. Anorexie. A traiter. Placement justifié..."

5ème ETAPE : CLERMONT DE L'OISE.

Des 3 années qu'il passe à Clermont de l'Oise G nous dit qu'il avait des bonnes puis des mauvaises périodes. Les bonnes périodes sont celles pendant lesquelles il travaille à l'ergothérapie, fait des fleurs en papiers, celles pendant lesquelles il est autorisé à sortir en permission accompagné de ses parents.

Pendant les "mauvaises périodes" il ne fait rien, ne "s'entend pas bien avec les médecins", reste au lit. Ce style de vie des mauvaises périodes semble avoir été dominant pendant ces 3 années passées à Clermont de l'Oise si l'on se réfère au certificat de sortie de cet Hôpital Psychiatrique : "Schizophrénie évoluant depuis de nombreuses années. Troubles du comportement. Inadaptation sociale. Apragmatisme complet. Autisme. Maniérisme. Très isolé de sa famille qui habite Strasbourg , un transfert pourrait être organisé pour l'Hôpital Psychiatrique de Stephansfeld...".

RETOUR A STEPHANSFELD.

Les pérégrinations de G qui de Stephansfeld à Paris, puis de Lorquin à Rouffach, au chateau de la Verrière et à Clermont de l'Oise ensuite, le firent beaucoup voyager, le ramènent à Stephansfeld où il est maintenant hospitalisé depuis 18 mois.

Pendant cette dernière période nous avons eu le temps de nous entretenir longuement avec lui, avec son père et sa mère, de consulter les notes prises au cours de ses nombreuses hospitalisations et aussi surtout d'observer ce style de comportement décrit par de nombreux certificats des psychiatres qui furent en contact avec lui.

ACTUELLEMENT :

G. est de type longiligne, relativement maigre.

- Sa tenue est très négligée, sans aucune coquetterie et ne faisant montre d'aucun souci de propreté. Souvent mal rasé ou même pas rasé du tout, le nez chaussé de lunettes rendues opaques par la crasse : G offre à l'entourage une mine patibulaire.

Ses vêtements témoignent du même négligé et du peu d'intérêt qu'il semble porter à son aspect extérieur : la cravate et la chemise souvent maculées, les poches de veste et de pantalons bourrées avec des boites de conserves, de vieux mouchoirs ou chaussettes, des papiers de bonbons, etc... Pourtant quand il doit partir en congé avec son père G est correctement vêtu, rasé de près, et bien coiffé.

- Le contact avec le médecin est très souvent furtif, G fuyant les endroits du service où il serait amené à rencontrer le médecin et à s'entretenir avec lui. Quand il est prié de venir parler plus longuement dans le bureau médical, le contact s'établit assez difficilement, G se réfugiant derrière une obséquiosité pesante, et ne parlant de lui qu'en s'apitoyant ironiquement, tournant autour des questions avec des réponses elliptiques et minimisantes, répondant avec un regard continuellement fuyant.

Souvent répondant le plus brièvement possible, parfois il peut être très loquace, manifestant par là le besoin de fuir l'entretien proposé en l'orientant et le dirigeant sur des domaines qu'il jugera moins compromettant pour lui. Toutefois son langage reste tout à fait adapté (sans altérations sémantiques), témoignant d'un certain niveau intellectuel, et d'une bonne maitrise de la langue.

L'obséquiosité notée plus haut, sa façon de s'exprimer avec un contact d'ironie sur lui-même et sur les autres, le port des lunettes sur l'extrémité du nez, de fréquents petits sourires contenus, tout cela concoure à donner à G une présentation maniérée dans ses entretiens.

Dans le service actuellement G n'est pas très actif, et donne l'impression de vivre en marge des autres malades avec lesquels il a d'assez mauvais rapports en général.

- Il s'est toujours refusé à travailler dans un atelier d'ergothérapie pretextant être plus un intellectuel qu'un manuel. Ne parlons pas d'activités de jardinage qui lui semblent une activité trop primaire : il ne s'est jamais proposé pour aider les infirmiers comme le font d'autres malades dans les travaux de ménage du pavillon.

G a très peu de rapports avec les malades, l'un ou l'autre parfois l'écoutent, mais personne ne sympathise avec lui.

En observant de plus près le mode de ses relations avec les autres malades on constate qu'elles sont vécues presque toujours suivant une même attitude. Il est à côté des autres, par exemple l'intellectuel à côté des ouvriers, le citadin au milieu des paysans, le juif en butte aux sarcasmes antisémites, le fils de famille etc... toutes ces relations répétant cette permanente situation à côté des autres et presque en butte aux autres.

Lors de son arrivée à Stephansfeld G était plongé dans un apragmatisme complet, couché au lit, enfoui tout habillé sous ses couvertures, refusant tout contact. Quand, sous les stimulations du personnel et après de nombreuses invitations de la part du médecin il sort de son lit, c'est pour se blottir dans une encoignure près d'un radiateur, la tête rentrée dans les épaules et cachée par le col relevé de sa veste. Progressivement G s'est ensuite ouvert, mais n'a réussi à établir qu'un contact particulier et assez ténu avec les autres, demeurant toujours très peu actif, peu intéressé par la lecture ou la T.V.

En dépit de cette pauvreté du contact et de cette inactivité G s'est singularisé pourtant par son comportement particulier, jouant ce personnage différent des autres, en marge du reste. Dans l'intérieur de l'hôpital il s'est fait remarquer à plusieurs reprises :

- en rentrant en état d'ébriété des promenades qu'il était autorisé à faire seul ou en tentant de soudoyer un infirmier afin de se procurer du Cognac.

- la cantine de l'hôpital un jour signale qu'en 2 semaines il aurait acheté 10 flacons d'eau de Cologne, à la même époque ses voisins de chambre se plaignent que leurs flacons d'eau de Toilette aient disparu.
De fortes présomptions se portent sur G qui reconnaîtra (mais plus tard) avoir bu le contenu de ces flacons.

- privé de toute boisson alcoolisée il se met à consommer de façon effrénée du café, buvant une vingtaine de Nescafés par jour (il mange un pot de moutarde par jour). Il acceptera de mettre un terme à cette consommation à condition qu'on le laisse fumer autant de cigarettes qu'il le désire.

- à plusieurs reprises il sera soupçonné avec de très fortes présomptions à l'occasion de plusieurs petits larçins : vols de boites de conserves, de petites sommes d'argent. Mais jamais il ne sera possible de réunir des preuves suffisamment nettes.

Lors d'une consultation à la Clinique phtisiologique à Strasbourg il fausse compagnie aux infirmiers qui l'accompagnaient et va se promener quelques jours dans Strasbourg couchant à la belle étoile puis demandant asile chez des prêtres. Il ne va pas s'enfuir de Strasbourg mais seulement baguenauder dans les rues, allant rendre visite à quelques amis leur empruntant un peu d'argent afin de subvenir à ses besoins. Mais rapidement, lassé de l'inconfort de cette situation vagabonde, il retourne dans sa famille qui le reconduit à l'Hôpital Psychiatrique.

Avec ses parents son comportement est assez singulier aussi. Comme dans le service où sa relation avec les autres est établie sur un mode sinon d'opposition franche du moins de différenciation, sa relation avec son père est également sous tendue d'opposition, celle-ci ne se manifestant que sournoisement.

Par exemple, G a très envie de sortir durant les week-end et particulièrement le samedi soir. Mais comme son père ne veut pas le laisser sortir en ville seul le samedi soir, plutôt que de devoir rester en famille ce soir là il préfère ne pas aller en congé pour le week-end mais seulement pour la journée du dimanche.

Cette opposition latente au père se manifeste encore de différentes manières à bien des occasions ; par exemple en n'écrivant pas à ses parents quand il sait que ces derniers attendent une lettre de lui. Ou même de façon plus cocasse : de religion juive il manifeste soudainement le désir de se convertir au catholicisme ; au cours d'une promenade dans le parc de l'hôpital avec son père il entraîne celui-ci dans la chapelle catholique et ostensiblement plonge sa main dans le bénitier, scandalisant son père par un signe de croix ostentatoire.

Que ce soit dans l'hôpital avec les autres malades les infirmiers ou les médecins, à l'extérieur avec ses parents, G établit un mode de relation qui fait qu'on le remarque : il est un personnage pas comme les autres et qui balance continuellement entre des promesses de bonne conduite et des incidents résultant d'accrocs à la discipline et aux règles de la vie en société.

SYNTHESE.

La biographie de G peut se résumer ainsi en plusieurs périodes :

- l'enfance puis la période scolaire pendant laquelle il passe d'un établissement à l'autre, renvoyé d'un lycée à l'autre.
- les débuts professionnels accompagnés des premiers actes délictueux
- le Service Militaire et la première hospitalisation en H.P.
- le retour à la vie civile et le retour à la délinquance

- puis appréhendé pour différents délits il sera interné en H.P. et commencera une longue pérégrination d'H.P. en H.P.

Dès l'âge scolaire on peut déjà penser à une structure de déséquilibre psychopathique.
- Il se fait renvoyer de plusieurs établissements scolaires pour incurie ou indiscipline
- échouant scolairement, peu intéressé par son travail il devance l'appel. Militaire il tente de se sectionner les veines pour des motifs peu sérieux. De même des ivresses pathologiques
- retourné à la vie civile, la délinquance se fait plus intense : vols, ivresse, infractions, abus de confiance etc...
- hospitalisé, son indiscipline ses manquements aux règlements obligeront les médecins à prendre des mesures coercitives.

Ces éléments biographiques évoquent à première vue un tableau de déséquilibre psychopathique cependant d'autres signes, d'autres faits apparus tout au long de son existence, dans ses attitudes, ses contacts avec l'entourage, ont orienté le diagnostic vers la schizophrénie :

- ce n'est qu'à l'âge de 24 ans lors de l'expertise qui conduira G en Hôpital Psychiatrique qu'il est noté : la mimique dissociée, les stéréotypies, l'attitude dédaigneuse, le mutisme, les quelques paroles dites sur un ton maniéré, sont des arguments en faveur de la schizophrénie...".

- pendant ses différents séjours en Hôpital Psychiatrique, il est souvent décrit comme apragmatique, autiste, oppositionniste, etc...

- à son départ de l'Hôpital Psychiatrique de l'Oise G est accompagné d'un certificat ainsi libellé : Schizophrénie évoluant depuis de nombreuses années... apragmatisme complet. Autisme. Maniérisme...".

Ainsi une analyse synthétique de cette observation permet de relever de nombreux signes qu'il est possible d'ordonner suivant deux registres : d'un côté une biographie typique de psychopathe de l'autre des signes évoquant la schizophrénie.

3ème OBSERVATION : CAS M.

M. est un garçon de 20 ans hospitalisé depuis 2 ans, admis à la suite d'une tentative de suicide par empoisonnement, ayant absorbé du tue-limace.

ENFANCE. INADAPTATION FAMILIALE.

Il est d'une famille relativement modeste d'ouvriers en filature d'une vallée vosgienne. M. est né alors que ses parents divorçaient ; son père, décrit comme un psychopathe instable, ne l'aurait jamais revu. La mère s'est remariée alors que M avait 6 ans ; la famille est actuellement composée de la mère, du beau-père de M ainsi que de 4 petits frères et soeurs issus du second mariage. La mère a été hospitalisée en milieu psychiatrique, pour dépression et pour éthylisme, pendant quelques mois. Dans les ascendants rien de particulier n'est autrement relevé.

Jusqu'à l'âge de 6 ans M vit chez ses grands-parents maternels avec sa mère divorcée, il se souvient de cette période comme d'un moment très heureux, la grand-mère et la tante le choient beaucoup. Puis sa mère se remarie et M supporte assez mal de devoir quitter la maison des grands-parents, d'emblée il se montre hostile à son beau-père qu'il trouve trop dur et rigoureux.

A l'école il fait preuve d'une certaine intelligence mais se fait très tôt remarquer par ses manquements à la discipline, il n'aime pas l'école et très tôt fait l'école buissonnière. Dès l'âge de 10 ans il inaugure un cycle ininterrompu de fugues qui, avec l'âge, deviendront de plus en plus longues et le mèneront de plus en plus loin. En sortant de l'école, il s'amuse avec ses camarades, l'heure passe et il est tard quand il faut rentrer à la maison, la peur du martinet le pousse à aller se cacher dans un grenier proche de la maison familiale. Il vient en catimini, la nuit, dérober de la nourriture qu'il avale dans sa cachette. Les fugues, pour des motifs toujours semblables, sont plus longues, M va se cacher dans une maison forestière et rôde la nuit autour des fermes cherchant à dérober des aliments.

ADOLESCENCE - INADAPTATION SOCIO-PROFESSIONNELLE.

Ses parents le surveillent de plus près, il arrive cependant à tromper leur surveillance et part souvent au cinéma à 40 km de chez lui.

Les gendarmes le connaissent bien maintenant et ont l'habitude de le rattraper et de le reconduire à la maison familiale. Même plus tard, à 16 ans, à 18 ans il tentera toujours de partir, où ? Il ne sait pas !, pourquoi ? il n'a pas de raison bien précise : "pour ne pas rester sur place..., pour aller n'importe ou, être libre, ne pas rester enfermé, faire des voyages", il veut aller "partout ou nulle part".

Ces fugues ne sont jamais préparées elles sont décidées très rapidement et effectuées avec les moyens du bord. A 14 ans il part à Paris, traîne dans les rues une semaine, couchant dans les parcs publics, puis changeant de cap se dirige sur Marseille, où, après quelques jours, appréhendé par la police on le reconduit dans sa famille. Pendant ces fugues, il ne lie pas souvent connaissance, ça ne l'intéresse pas, il accepte parfois les avances de certaines personnes en échange d'un sandwich, de cigarettes...

Dès ses premières fugues, M a pris l'habitude de chaparder pour se nourrir dans ses cachettes, il rôde souvent autour des maisons, un jour il découvre la cachette ou le voisin met ses économies, et va voler une somme importante à ce voisin, sera découvert, traduit en justice et condamné à 3 mois de prison. Il avait déjà antérieurement fait un séjour de 4 jours en maison d'arrêt pour d'innombrables petits larcins.

Fugues, vols, poursuites par la maréchaussée, de 10 à 15 ans ce même scénario se répète très souvent jusqu'à ce que le juge des enfants le place dans un foyer d'observation pour adolescents. Du foyer il s'évade encore, se promène plusieurs jours à pied dans les Vosges, vole de l'argent dans un kiosque pour touristes, vole une mobylette pour revenir dans sa famille. Les gendarmes viennent l'arrêter, le conduisent momentanément en prison avant de le renvoyer dans un autre centre d'observation : il y restera 16 mois pendant lesquels il suit enfin une scolarité régulière, passe son CEP ainsi que l'examen terminal d'un stage de FPA en maçonnerie. M dit avoir pris goût à ce centre d'observation, aux études qu'il y a suivi et reconnaît avec un peu de regret qu'il a fugué deux ou trois fois dans les environs, aussitôt repris et réintégré dans le foyer.

Après cette formation professionnelle les parents de M le reprennent chez eux, il trouve un emploi dans une entreprise de maçonnerie et semble donner satisfaction à son patron. Dans la famille son comportement n'est pas très apprécié, il se met très facilement dans de grandes colères, ne supporte aucune remarque de la part de ses parents, n'accepte pas de se plier aux quelques règles de la vie de famille. Il est connu dans tout l'entourage pour son irascibilité, boit beaucoup trop, est fréquemment ivre le samedi soir.

Un jour, à la suite d'une dispute avec sa mère, très en colère d'abord puis ironique il prend un verre qu'il remplit à moitié avec une poudre tue-limace, dissout le tout dans de l'eau et l'avale "voyez je prends cela et je vous en flanquerai dans vos aliments à tous si vous m'embêtez...". Il quitte tranquillement la maison et va au cinéma avec ses copains ; les parents affolés préviennent la gendarmerie qui va appréhender M au cinéma, le conduire chez un médecin qui, excédé par toute cette délinquance, l'adresse à l'Hôpital Psychiatrique de Stephansfeld pour observation.

INTERNEMENT. 1ère Décompensation psychotique.

Interrogé peu après son admission à l'Hôpital Psychiatrique sur les motivations de cette tentative d'empoisonnement M s'explique en disant que dépité d'avoir souvent des accidents en mobylette il voulait en finir une bonne fois pour toute avec cette fatalité, il mentionne aussi ses fréquentes disputes en famille. Voulait-il se tuer ? "si c'était arrivé, ce serait arrivé" Cela en valait-il la peine ? "ça serait bête..." En fin de compte se demande pourquoi il a avalé ce poison.

Il signale que ce n'est d'ailleurs pas la première tentative de suicide de ce genre.

Au début de son hospitalisation M se montre opposant pendant quelques jours, récusant la validité de son internement puis, progressivement, sans plus d'incident il s'installe dans la routine de l'hôpital, sa quérulence diminuant de vivacité. Le certificat de quinzaine est ainsi libellé : "troubles du comportement chez un adolescent, qui depuis l'enfance, se présente comme un psychopathe caractériel avec nombreux vols et fugues. Admis à la suite d'une tentative de suicide très théâtrale. A maintenir".

Quelques semaines après son admission M progressivement se fige dans un attitude de repli sur lui-même et d'apragmatisme quasi complet, "je n'ai pas envie de parler avec les autres, je préfère rester seul, toute la journée je suis assis et je pense à des tas de choses..." Il fait preuve d'une certaine perplexité anxieuse contrastant sensiblement avec l'arrogance du début : "je me perds en moi-même... je vis seul avec moi, je me demande comment ça ira quand je serai dehors avec les gens... ici je n'ai pas trop peur, je me sens en sécurité...".

Cet état insensiblement s'accentue, M se replie davantage sur lui-même et fuit la compagnie des autres ; il demande à garder la chambre, seul dans cette chambre désirant n'être dérangé autrement que par l'infirmier lui apportant ses repas. Pressé de s'expliquer sur cette attitude, il répond

avec réticence et s'exprime avec difficulté : se réfugiant dans sa chambre au moins est-il sûr ainsi que personne ne viendra parler avec lui, il a peur qu'on lui adresse la parole, qu'on lui pose des questions. M explique cette crainte par ceci qu'il éprouve de grandes difficultés à s'exprimer, il ne peut parler que par bribes, sa pensée lui échappe, il ne peut construire des phrases, n'arrive plus à saisir ce qu'on lui dit.

Prenant conscience de ces troubles dans le cours de sa pensée, ce qu'il appelle un "ralentissement de sa pensée" M choisit la voie du repli, afin de ne pas montrer aux autres, comme il dit : "que la folie commence à m'envahir".

Pendant 4 mois M ne sort quasiment pas de sa chambre, étendu toute la journée sur son lit, somnolent, rêvant beaucoup, manifestant de l'agacement dès que quelqu'un vient lui parler. Puis insensiblement il va sortir de cette solitude, d'abord il s'entretient avec l'interne de plus en plus souvent et de plus en plus longtemps, il vient ensuite prendre ses repas avec les autres malades, regarder la T.V. avec eux ; en 2 à 3 mois M retrouve son rythme de vie antérieure comme si de rien n'était. Interrogé sur ses troubles concernant sa pensée et son élocution, il confirme leur disparition et effectivement on peut constater qu'il a retrouvé son aisance d'élocution et l'affabilité qui généralement caractérisait ses entretiens.

Au courant de ces 2 années d'hospitalisation, avant cette période psychotique critique, 2 essais de sorties avaient été tentés qui se soldèrent en quelques jours par des échecs soit qu'il se soit remis à boire, à se bagarrer où à se disputer en famille.

CONCLUSION.

L'histoire de ce malade avec toute cette délinquance, les fugues, les vols, les tentatives de suicide, etc... évoquait une structure de déséquilibre psychopathique et c'est ce diagnostic qui fut proposé au début de l'hospitalisation. Les investigations psychologiques notaient à cette époque un QI à 110 avec supériorité des résultats verbaux sur les résultats pratiques, on y relevait une forte tendance à l'introversion et un manque de contact avec l'extérieur ; le psychologue concluait ainsi : "personnalité légèrement schizoïde".

Avec l'apparition ultérieure de cet épisode psychotique se manifestant par de l'autisme, de l'apragmatisme et des troubles caractérisés du cours de la pensée nous avons dû revoir ce diagnostic de déséquilibre psychique. Et c'est alors que nous avons évoqué celui d'héboïdophrénie, comprenant cette délinquance comme la manifestation prémonitoire associale d'un processus schizophrénique dissociatif sous-jacent. Diagnostic que nous aurions pu évoquer

devant notamment cette discordance entre la délinquance et son vécu affectif (les fugues motivées par un désir d'évasion assez vague, les suicides-impulsions dans un contexte étrange, les vols non toujours occasionnés par des besoins).

Cette histoire de M est l'exemple typique qui nous prouve la nécessité d'analyser finement le contexte de la délinquance, les moyens qu'elle a de se manifester, ses raisons, l'explication qu'en donne le sujet etc... toute cette analyse à la recherche d'une éventuelle discordance entre la manifestation de la délinquance et son vécu affectif par le sujet, afin de voir s'il n'existe pas un processus schizophrénique sous-jacent à l'apparente structure psychopathique. Ici l'évolution a apporté la preuve de cette existence du processus schizophrénique.

4ème OBSERVATION. CAS R.

R est un garçon robuste de 26 ans hospitalisé depuis presque 10 ans à l'Hôpital Psychiatrique de Stephansfeld, quelques sorties ont été ménagées au cours de cette longue hospitalisation mais toutes se sont soldées par des échecs très rapidement. L'année précédant son admission à Stephansfeld R avait déjà séjourné à plusieurs reprises également à la Clinique Psychiatrique à Strasbourg ; il avait 15 ans.

SA FAMILLE. SON ENFANCE.

R est fils unique élevé par sa mère seule, son père ayant été tué pendant la guerre alors que l'enfant n'avait que 3 ans. La grand-mère maternelle veille également sur l'éducation de l'enfant, celui-ci se trouvant continuellement balancé entre une mère assez sévère et une grand-mère trop indulgente, et trop empressée à contrecarrer les décisions de sa fille.

La mère travaille comme dactylo et subvient seule aux besoins de la petite famille. Dans les ascendants familiaux rien n'a pu être relevé de remarquable, aucun membre de la famille aussi bien du côté de la mère que de celui du père n'aurait été atteint de troubles mentaux.

Parlant de R enfant la mère et la grand-mère s'accordent pour le décrire docile, obéissant et très tôt économe. Elles le trouvent même exagérément soigneux éprouvant continuellement la nécessité de se laver les mains et astiquant les chaussures à n'en plus finir. Il n'a pas d'amis, est toujours seul mais ne s'ennuie pas avec les deux femmes avec lesquelles il est très gentil et très affectueux.

SCOLARITE.

Inscrit à la maternelle à l'âge de 5 ans il va poursuivre une scolarité très moyennement sans donner de très bons résultats et se signalant par des actes d'indiscipline.
A 14 ans il présente le certificat d'études primais mais il échoue.

Sa mère décide alors de le retirer de l'école et lui trouve un emploi d'apprenti-vendeur en confection où il ne restera qu'un an trouvant le travail trop difficile. Il va ensuite travailler comme garçon de courses chez un commerçant.

DEBUT DE LA DELINQUANCE.

C'est à l'époque de sa sortie de l'école que la mère fait remonter un changement rapide et net du caractère. Il devient effronté, ironise et rit lorsqu'on le gronde, il menace sa mère

de se suicider en représaille, devient méchant et inaffectueux, n'aide plus sa mère dans le ménage, devient paresseux , lui vole de l'argent pour se payer le cinéma.

Soudainement à la même période également, il découche, fait une fugue de 2 jours, dort sur un banc dans un parc public sans se soucier de l'inquiétude des deux femmes à la maison. Quelques semaines après il récidive, s'en va en vélo se promener, au lieu de se rendre à son travail, qu'il n'aime pas et trouve difficile. Un jour qu'il reçoit sa paye, il ne rentre pas à la maison, erre dans la ville toute la nuit, boit du whisky dans les bars, pour faire comme au cinéma dit-il, et dépense en une nuit tout le salaire de son mois.

1ère CONSULTATION CHEZ UN PSYCHIATRE.

R a 15 ans, sa mère inquiète le conduit consulter un psychiatre qui va lui, l'adresser pour avis à la consultation de psychiatrie infantile de la Clinique Psychiatrique de Strasbourg. Les conclusions de l'examen révèlent : "que le niveau mental est subnormal, les difficultés scolaires devant être rapportées aux troubles caractériels plutôt qu'au niveau mental lui-même. Il n'est pas retrouvé d'éléments d'épileptoïdie caractérielle et les problèmes qui ont motivé la consultation sont expliqués comme étant, sur un fond d'instabilité constitutionnelle, des conflits réactionnels en face d'une mère nerveuse, captative et castratrice, souffrant d'une hyperthyroïdie".

Un Rorschach pratiqué à cette occasion évoque des signes anxieux sur fond de schizoïdie caractérielle. Le psychiatre consulté conclut qu'il serait utile de revoir le malade dans un an pour éliminer complètement une évolution psychotique.

MISE EN OBSERVATION CLINIQUE PSYCHIATRIQUE.

Il ne sera nullement besoin d'attendre un an car, quelques semaines après, la mère demande une mise en observation à la Clinique Psychiatrique à la suite d'une nouvelle fugue au cours de laquelle R a trainé de bars en cinémas dépensant de l'argent volé. Il a 16 ans à cette époque et lors d'une de ces fugues il aurait bu une dizaine de whisky pour faire comme x, acteur en vogue, dans le film "Méfiez-vous fillettes !". Dans cette seule année 1957 il sera hospitalisé à 3 reprises à la Clinique, toujours pour des fugues et des vols. Les certificats d'hospitalisation le décrivent ainsi : "jeune homme de 16 ans en bon état général. Il ne présente aucun signe psychotique, c'est ainsi qu'on ne retrouve pas l'inaffectivité, l'apragmatisme,

les tics, les bizarreries, la dyshidrose des mains et l'attitude catatonique qui avaient été notés au début... le contact est excellent et le malade finit par donner des raisons valables à ses fugues, raisons dictées par des conflits familiaux extrêmement aigus".

Au courant de la 4e hospitalisation il est procédé à nouveau à des examens psychologiques dont les conclusions sont les suivantes : "les mauvaises réponses anatomiques, le faible pourcentage des bonnes formes, la stéréotypie des éléments dissociatifs évoquent un syndrome schizophrénique. Il faut aussi noter la stabilité de ces perturbations dans le protocole (3e depuis un an). Dans ce cas, les perturbations caractérielles graves évoquant incontestablement la schizophrénie restent pourtant fixes après un an..."

PLACEMENT VOLONTAIRE puis d'OFFICE A STEPHANSFELD.

En conclusion de cette 4e hospitalisation à la Clinique Psychiatrique R est adressé à l' Hôpital Psychiatrique de Stephansfeld pour "troubles caractériels graves, inadaptation familiale et instabilité professionnelle". Il va y effectuer un premier séjour de 16 mois émaillé de nombreux incidents et il est décrit à cette époque comme "débile instable ayant présenté des troubles du comportement". Le plus clair de la journée il demeure apragmatique ou ne va à l'atelier d'ergothérapie que le matin pour se faire voir à la visite par le médecin. Il est poli, docile, calme mais sournois et opposant, voulant obstinément obtenir sa sortie mais sans avoir d'idée bien précise sur ce qu'il fera dehors. Les quelques congés d'essai se soldent tous par des échecs, sa mère devant le ramener aussitôt parce qu'il a volé ou qu'il a trainé dans les bars toute la nuit.

Une sortie est enfin organisée après 16 mois d'internement mais, une semaine après, il est réadressé à l'Hôpital Psychiatrique pour de nouvelles fugues, des beuveries au cours desquelles il dilapide l'argent de sa mère, pour insultes et menaces. Le médecin appelé en consultation note "l'inaffectivité parfaite avec sourire niais".

R va ainsi séjourner environ 2 ans à l'hôpital, s'évadera, sera repris, sera mêlé à des aventures homosexuelles, à des vols.

1ère et 2ème EXPERTISES.

Une nouvelle sortie est aménagée qui se solde elle aussi par un échec ; R est réadmis pour la 3ème fois à l'Hôpital Psychiatrique pour vols de bicyclettes, évasion d'un foyer de surveillance et détournement d'argent de la caisse d'un milk-bar où il a travaillé quelques jours. Une expertise procédant à l'examen mental de R porte le diagnostic de psychopathe

atteint de troubles caractériels graves en l'occurence : fugues répétées, inadaptation familiale, instabilité professionnelle, délinquance récidivante, indifférence et trouble du sens éthique. Il est mentionné également un tracé EEG perturbé évoquant une encéphalite qui serait passée inaperçue cliniquement.

La carence éducative due à la mort du père, l'attitude autoritaire de la mère ainsi que cet EEG perturbé pourraient d'après l'expert rendre compte de ces troubles caractériels.

Ainsi placé d'office à l'Hôpital Psychiatrique de Stephansfeld à la suite de cette expertise, après 11 mois, R s'évade à nouveau.

Pendant quelques semaines il va travailler chez un commerçant de primeurs sans aucun incident. Mais bientôt dérobe des petites sommes d'argent que lui confie son patron : la nuit il recommence à fuguer, couchant dans des wagons de chemin de fer en stationnement sur une voie de garage à la gare de Strasbourg. Des plaintes sont alors portées contre lui et le Juge d'Instruction l'inculpant pour abus de confiance et infraction à la police des chemins de fer, commet un psychiatre expert aux fins de l'examiner. Voici un extrait des conclusions de l'expertise :

> "... comme en 1961, R se montre docile, ne présentant aucun symptôme apparent d'une psychose. Il est souriant, affable. Notons, comme nous l'avons déjà relevé en 1961, cette indifférence ces formules stéréotypées, symptômes qui évoquent actuellement la schizophrénie. On ne met en évidence aucune hallucination ni aucune idée délirante.
> Nous avions considéré en 1961 R comme un psychopathe atteint de troubles caractériels graves... il semble bien que cette psychopathie ait lentement évolué vers une schizophrénie, à moins évidemment qu'on ne considère les troubles caractériels comme les premiers symptômes de la schizophrénie".

Ainsi R se trouve interné d'office depuis septembre 1962, cela fait maintenant 5 ans. Une évasion réussie a encore eu lieu mais elle n'a pas trop duré car la police l'appréhendant lors d'un contrôle d'identité le ramena à l'hôpital aussitôt.

Périodiquement il se montre désireux de recommencer à zéro et pour témoigner de sa sincérité retourne à l'atelier d'ergothérapie. Il s'y ennuie vite, ne vient plus que le matin

pour être présent à la visite du médecin-chef dans l'atelier. Délibérément il va restreindre son monde à la petite chambre qu'il partage avec un autre malade et à la portion de couloir adjacente.

Chaque matin il est quasiment au garde à vous devant la porte de la chambre attendant le passage du médecin ; il est toujours très propre, les habits immaculés, repassés sans faux plis, bien peigné et rasé de très près.

Dans ses entretiens avec le médecin R est très réservé ne manifestant quelque intérêt que lorsqu'on lui parle de sa sortie. Il est très évasif sur le chapitre de sa délinquance , minimisant ou éludant les faits.

Les derniers mois on a pu noter une relâche dans l'attitude caractérielle de ce patient, celui-ci ne se singularisant aucunement par des troubles du comportement. Il a été autorisé à travailler avec le coiffeur de l'Hôpital et il semble s'en acquitter avec toute satisfaction. Cette apparente stabilité dans l'équilibre de ce patient s'est cependant rompu dernièrement quand celui-ci a fugué, fuyant ainsi la surveillance du coiffeur qui avait obtenu l'autorisation de l'emmener en congé lors d'un week-end.

SYNTHESE.

La biographie peut ainsi se résumer en 4 étapes :

- Après une scolarité très moyenne R va travailler et se montre inapte à toute activité professionnelle suivie.
- Sa mère, inquiète de le voir fuguer et découcher le fait examiner par un psychiatre qui conclut à des conflits réactionnels à la situation familiale, le tout sur un fond d'instabilité constitutionnelle.
- Peu de temps après R est mis en observation à la Clinique Psychiatrique pour de nouveaux troubles du comportement ; en une année il sera hospitalisé à 4 reprises à la Clinique
- Au bout de la 4è hospitalisation R est adressé à Stephansfeld "pour troubles caractériels graves,inadaptation familiale et instabilité professionnelle" (Sa première sortie de l'Hôpital Psychiatrique est un échec, la seconde également puisqu'il devra être expertisé pour différents délits, la 3è sortie ne durera que quelques semaines car il sera appréhendé de nouveau, expertisé puis placé d'office à l'Hôpital Psychiatrique où il est actuellement).

Tant à l'extérieur avant son hospitalisation et pendant les congés, qu'à l'intérieur de l'Hôpital Psychiatrique les actes de délinquance n'ont cessé, ainsi :

- à 15 ans il fugue de nombreuses fois, découche, vole de l'argent.
- erre la nuit dans les bars, se saoule.
- pendant les sorties de l'Hôpital Psychiatrique, il sera poursuivi pour : vols de bicyclettes, détournement d'argent, etc...
- sa mère ne voudra le garder à cause des fugues qu'il fait et desquelles il revient saoûl , parce qu'il lui vole de l'argent etc...
- à l'hôpital il est soupçonné et confondu de vol plusieurs fois, il a des relations homosexuelles etc...

Tous actes de délinquance qui font que les psychiatres pensèrent d'abord à des troubles caractériels réactionnels à des conflits familiaux sur un fond d'instabilité constitutionnelle.

Plus tard la 1ère expertise porte le diagnostic de psychopathe atteint de troubles caractériels graves et rejoint en cela les descriptions du début de l'internement en Hôpital Psychiatrique..

Mais d'autres symptômes qui eux ne relèvent pas du déséquilibre psychopathique sont aussi notés. C'est ainsi que les premiers tests projectifs à l'âge de 15 ans évoquèrent un fond de schizoïdie caractérielle. De même, au début de sa première hospitalisation à la Clinique Psychiatrique il est noté : "l'inaffectivité, l'apragmatisme, les tics, les bizarreries, la dyshidrose des mains et l'attitude catatonique" tous signes qui régressèrent rapidement.

Expertisé à nouveau pour différents délits alors qu'il a 21 ans, il est noté différents signes tels ; indifférence, formules stéréotypées etc... qui font écrire à l'expert : "il semble bien que cette psychopathie ait lentement évolué vers une schizophrénie, à moins évidemment qu'on ne considère les troubles caractériels comme les 1ers symptômes de la schizophrénie".

Ainsi le diagnostic a longtemps été hésitant, entre des signes psychopathiques et des signes psychotiques pour se situer après 6 ans d'hospitalisation sur le diagnostic de schizophrénie.

Devant un jeune adolescent il n'est pas toujours aisé de comprendre ce qui peut rendre compte de troubles caractériels : s'agit-il d'épiphénomènes à une crise d'originalité juvénile, d'attitudes réactionnelles à des conflits familiaux ou faut-il y voir l'expression de la maladie sous-jascente ? Dans ce cas précis, une situation familiale conflictuelle pouvait rendre compte de ces fugues et des réactions caractérielles

en famille au début. Mais ensuite à 4 reprises en une seule année, les troubles furent tels qu'une mise en observation à la Clinique Psychiatrique s'est avérée nécessaire.

Placé en Hôpital Psychiatrique ensuite, éloigné ainsi du milieu familial conflictuel, les difficultés caractérielles persistent, prenant la forme d'attitudes d'opposition aux règles de la vie en hôpital. Les congés tournent tous courts, le patient ne songeant qu'à découcher, dilapider son argent ou voler à l'occasion. Ainsi progressivement se fait jour l'idée d'une attitude caractérielle permanente avec de façon continue des troubles du sentiment social, du tact et de la conduite.

Une expertise effectuée sur demande du Juge d'Instruction relevant parallèlement à cette délinquance des symptômes de schizophrénie, toutefois assez légers, conclut alors à la possibilité d'une évolution vers la schizophrénie.

Ainsi des troubles caractériels compris au début comme réactionnels à une situation conflictuelle familiale on est arrivé à porter le diagnostic de schizophrénie. Actuellement nous pouvons avec plus de précision parler d'Héboïdophrénie en nous appuyant sur le recul que nous avons de ce cas et qui nous a permi de constater la persistance des troubles caractériels évoluant sur un fond discret de symptomatologie schizophrénique. En 6 années d'hospitalisation on a relevé ni cessation de l'attitude caractérielle ni accentuation des signes psychotiques.

OBSERVATIONS RECUEILLIES A LA CLINIQUE PSYCHIATRIQUE UNIVERSITAIRE DE STRASBOURG

Fr. J. 20 ans. N° I.

Adressé à la Clinique Psychiatrique à la suite de colères clastiques avec sévices envers la famille.

Dans les antécédents familiaux du malade rien n'est relevé de particulièrement important. L'enfance était normale suivie d'une scolarité passable et d'une adolescence assez mouvementée. Après l'école primaire, inscrit dans un centre d'apprentissage il est renvoyé la 2ème année pour indiscipline et incurie. Ensuite commence une période d'instabilité professionnelle suivie de quelques mois pendant lesquels le jeune homme ne travaille même plus.

Il a fait 2 séjours en prison pour vols dont l'un a main armée. Il a également été réformé après quelques mois de service militaire.

Au service a été posé le diagnostic de schizophrénie caractérielle devant des signes tels : semi-mutisme - négativisme - mimique discordante - autisme. Les tests psychologiques ont montré une intelligence normale et un Rorschach de schizophrène.

R. J. Ch. 24 ans. N° II.

Adressé à la Clinique Psychiatrique à la suite d'une tentative de suicice par absorption de 30 comp. d'Optalidon.

La mère est nerveuse, le père éthylique, l'enfance du patient s'est déroulée paisiblement et sa scolarité a été assez bonne puisqu'il a eu le C.E.P. puis un C.A.P. Jusqu'à son retour du service militaire il était très calme et travailleur.

Puis progressivement il se lance dans des achats inconsidérés, contracte des dettes, devient très instable professionnellement et mythomane. Il achète différents objets en tirant des chèques sans provision puis aussitôt revend ces objets à un prix dérisoire. Il s'envoie des télégrammes s'annonçant les décès fictifs de membres de sa famille et s'en afflige.

Il se dispute continuellement avec sa femme, fait des fugues, tente une 1ère fois de se suicider en précipitant

sa voiture contre un mur.

Au service on note : réticence - impulsivité - apragmatisme, bizarreries, troubles du cours de la pensée, phases dépressives : suspicion d'héboïdophrénie.

G.F. 28 ans. N° III.

Adressé par son médecin pour troubles du comportement, surtout à la maison, avec agressivité vis-à-vis de sa mère et plus particulièrement de sa soeur.

Dans les antécédents familiaux rien de particulier ne peut être relevé, son enfance s'est déroulé normalement, la scolarité de façon moins satisfaisante, G n'a pu avoir le C.E.P.; mis en apprentissage il n'a pas réussi son C.A.P.

Il change souvent d'employeur, la qualité de son travail est médiocre. C'est un garçon timide, replié sur lui-même sans camarade, sans flirt, boudant très facilement se repliant avec prédilection dans un monde autistique. Cependant il n'a jamais extériorisé de signes psychotiques graves.

Fréquemment à la maison, pour des riens, il entre dans des accès de fureur clastiques et a tenté même d'étrangler sa mère et sa soeur ce qui a motivé son admission à la clinique psychiatrique et à l'Hôpital Psychiatrique de Stephansfeld.

Fév. Fr. 17 ans. N° IV.

Admis à la Clinique Psychiatrique transféré de Neurologie où il se trouvait pour coma après intoxication barbiturique.

Depuis son enfance le garçon vit dans un milieu familial très perturbé par l'éthylisme dangereux du tuteur, second mari de la mère. Les enfants du premier mariage du tuteur sont de gros débiles hospitalisés en Hôpital Psychiatrique.

Très tôt F a présenté des troubles du comportement

une inadaptation socio-familiale se traduisant par un rendement scolaire insuffisant puis de nombreuses fugues du milieu familial. Au cours d'une de ces fugues, à l'occasion d'homosexualité vénale à Paris, il contracte la syphilis.
Appréhendé par la police il est adressé dans un centre d'observation où il restera 11 mois jusqu'à sa tentative de suicide.

Au service on note : "il s'agit vraisemblablement d'une héboïdophrénie, avec importante perturbation du contact avec autrui, troubles du comportement, tendance passagère à l'autisme, inadaptation socio-familiale.

B.G. N° V.

Jeune homme de 18 ans transféré de la Neurologie où on l'avait adressé pour des raptus impulsifs clastiques et suicidaires apparus depuis quelques temps après plusieurs années de détérioration progressive dans les domaines scolaire et professionnel.

Il est issu d'une famille désunie, le père est un éthylique très brutal frappant femme et enfants fréquemment. Les parents se séparent alors que le patient à 12 ans.

La scolarité a bien débuté, le garçon poursuit ensuite des études secondaires mais est renvoyé du lycée pour indiscipline ; s'inscrivant en classe de seconde dans un autre établissement il commence à donner des signes de relâchement. Il ne fait pas ses devoirs, sort presque tous les soirs à des heures avancées fréquentant bars et boîtes de nuit.

Devant quitter le lycée à cause de son indiscipline il va tâter de plusieurs emplois avec une instabilité très prononcée. De plus en plus instable, très irritable ne pouvant observer un minimum de discipline familiale, les incidents et disputes en famille se font de plus en plus graves et de plus en plus fréquents jusqu'à occasionner l'hospitalisation .

L'observation à la Clinique Psychiatrique permet de porter le diagnostic de personnalité schizoïde avec des traits psychopathiques, réactions caractérielles paranoïaques et éléments phobiques.

R.R. N° VI.

Il s'agit d'un garçon de 15 ans qui, à l'occasion de quelques difficultés, au travail a fait une petite poussée de décompensation psychotique. Aucun élément délirant ne pouvait être mis en évidence mais on notait une ébauche d'hallucinations verbales motrices.

Du côté familial aucun antécédent particulier ne semble devoir être retenu. C'est un enfant qui a toujours été en retard tant du point de vue psycho-moteur que pondéral. Ses parents le décrivent comme de caractère renfermé et sournois et les quelques jours avant l'hospitalisation, hébété, d'aspect égaré, confus.

Il rentre de son travail disant qu'on l'a renvoyé alors qu'il n'en est rien, il dit ne plus savoir travailler, se réfugie sous son lit ; tout ceci contrastant avec sa docilité antérieure.

Devant ces troubles du comportement les parents demandent la mise en observation à la Clinique Psychiatrique où l'on portera le diagnostic d'hébéphrénie.

H. Et. N° VII.

Garçon de 18 ans transféré du Centre de Traumatologie où il séjournait à la suite d'une chute de mobylette et où il a présenté un état d'excitation agressive motivant son admission à la clinique psychiatrique.

Le père, ouvrier, est un éthylique dur et intransigeant alors que la mère est une anxieuse surprotectrice de caractère obsessionnel.

Le jeune homme a déjà un long passé psychiatrique. Dès l'âge de 11 ans, alors qu'il est placé en internat il fait de nombreuses fugues puis une tentative de suicide (s'est perforé le ventre avec un couteau). Depuis l'âge de 16 ans apparaissent divers troubles : opposition aux parents, rituels obsessionnels de lavage par exemple, et lors de poussées anxieuses, impulsions se portant contre sa mère. A la suite de brutalités contre sa mère Police Secours l'adresse à la Salpètrière d'où il s'évade, tente de se suicider le lendemain par taillade du poignet puis est à nouveau hospitalisé mais à Henri-Rousselle.

A la sortie de Henri Rousselle il vient vivre dans la famille de son frère à Strasbourg s'éloignant ainsi de ses parents.

La scolarité a été très perturbée et les résultats sont assez mauvais. De la Clinique Psychiatrique il s'évade une nuit, se réfugie chez son frère dans un état de grande agitation clastique. Ayant porté le diagnostic d'héboïdophrénie les médecins de la Clinique jugent alors nécessaire son transfert en Hôpital Psychiatrique.

F. Sim. N° VIII.

Jeune fille de 17 ans mise en observation à la Clinique Psychiatrique après une tentative de suicide.

Ses parents sont divorcés et le père est un éthylique, tombé en totale déchéance.

Elle a quitté l'école après avoir obtenu le C.E.P. elle aurait aimé poursuivre des études mais sa mère s'y est opposée. Pendant les premières années ce fut une enfant difficile, très irritable et coléreuse manifestant un fort caractère d'opposition familiale. A sa sortie de l'école et jusqu'à 17 ans elle a changé 5 fois d'employeurs les quittant pour des raisons assez fantaisistes.

Les tests psychologiques ont mis en évidence un niveau intellectuel normal avec QI à 92. Au Rorschach le protocole est celui d'une personnalité fruste, très immature , à personnalité hystérique sous-jacente. Mais en conclusion de la mise en observation plutôt que d'une névrose hystérique, on a pensé qu'il s'agissait d'un état psychopathique évoquant la schizoïdie caractérielle.

R. Jean N° IX.

Il s'agit d'un jeune homme de 19 ans adressé par son médecin pour mise en observation à la Clinique Psychiatrique à la suite d'une fugue notamment et de nombreux troubles du comportement.

Il est né avant le mariage de sa mère, d'un père

différent de celui dont il porte le nom et le couple maintenant dissocié s'est débarassé de lui en le confiant à la grand mère maternelle.

Déjà assez mal à l'aise à l'école, où il n'a d'ailleurs pas réussi à obtenir le CEP, le jeune homme montre la même inadaptation dans le domaine professionnel. Il présente au travail des troubles du comportement avec agressivité à l'égard de ses compagnons, et tendance aux actes absurdes ou dangereux : Exemple : manipulation d'engins dont il n'a pas la pratique ; inondation d'un appartement. Il inquiète par ailleurs sa grand-mère chez laquelle il vit, par ses propos brutaux, malséants et grossiers, et par le style particulier de ses loisirs (acharnement à la pêche).

Les examens psychologiques ont mis en évidence une personnalité schizoïde et immature, présentant de grosses difficultés de contact humain, mais sans signes nets dissociatifs aux tests projectifs.

En conclusion on a porté le diagnostic d'Héboïdophrénie sans toutefois exclure totalement l'éventualité d'une évolution vers une véritable schizophrénie.

S. François N° X.

Jeune homme de 23 ans adressé à la Clinique Psychiatrique pour troubles caractériels entraînant d'importants conflits familiaux. Jusqu'à l'approche de sa vingtième année rien de notable n'est à retenir puis soudainement son caractère a changé, il est devenu très irritable, oppositionniste et coléreux en famille. A la suite d'une colère très brutale on a dû procéder à son internement à l'Hôpital Psychiatrique de Rouffach : de 20 à 23 ans il y fera 9 séjours y étant toujours adressé à la suite de conflits familiaux, de colères et de fugues. Il témoigne également d'une mauvaise adaptation professionnelle changeant souvent d'employeurs ou fréquemment absent de son travail.

A la clinique il est décrit comme replié sur lui-même, apragmatique, avec stéréotypies de la mimique, manque de logique, et d'autocritique, désinvestissement du réel. En conclusion des tests projectifs on le décrit ainsi : "personnalité assez asthénique, dépressive et inhibée avec problématique sexuelle et parentale. Impulsivité et contact

humain restreint de type schizoïde.

Le jeune homme quitte la Clinique après 4 semaines avec le diagnostic d'Héboïdophrénie, transféré à l'Hôpital Psychiatrique de Rouffach pour poursuite du traitement.

O. Bernard N° XI.

Jeune homme de 23 ans adressé à la Clinique Psychiatrique afin de procéder à un bilan et d'évaluer les possibilités psychothérapiques envisageables dans ce cas. Il s'agit d'un patient interné à l'Hôpital Psychiatrique de Lorquin à la suite de 6 incendies volontaires assez graves survenus en état d'alcoolisation.

De son enfance il est à retenir qu'il était très phobique présentant de fréquentes frayeurs nocturnes. Après avoir eu son CEP il a travaillé chez plusieurs patrons, changeant 4 à 5 fois d'employeur avant son appel sous les drapeaux. C'est au Service Militaire qu'il va présenter les premiers troubles sérieux du comportement entraînant des peines de prison. Egalement à la même période il commence à boire immodérément jusqu'à faire une fois un véritable coma éthylique ; et va jusqu'à commettre des vols.

L'examen clinique et mental, ainsi que les tests psychologiques ont permis de relever les traits dominants de sa personnalité : un caractère schizoïde, abandonnique, avec pauvreté dans l'expression des affects, immaturité de la personnalité, indifférence et tendance au nivellement et à la banalisation. Ces éléments n'expliquent que superficiellement les passages à l'acte incendiaire dont il faut souligner le caractère subit, l'absence d'angoisse et la survenue en état d'alcoolisation et enfin l'absence de motivation si ce n'est un faible besoin de se valoriser.

En conclusion de six semaines d'observation à la Clinique il est dit que ces éléments sont ceux d'une structure mentale vraisemblablent prépsychotique, telle qu'on la rencontre généralement chez les Héboïdophrènes.

S. DANIEL N° XII.

Jeune adulte de 27 ans est adressé à la Clinique Psychiatrique pour observation à la suite d'aggravation des troubles du comportement tant dans sa famille qu'à son travail.

Il semblerait avoir présenté depuis l'adolescence des troubles caractériels se traduisant par un refus de se plier aux exigences de la vie familiale et sociale. Un épisode très bref, durant quelques jours, de délire à thème de persécution a motivé son internement à l'Hôpital Psychiatrique de Lorquin à l'âge de 25 ans.

Il est incapable de se conduire en chef de famille, ne s'occupe pas ou très mal de ses enfants, fait des dépenses à tort et à travers, sa femme n'ose plus lui confier de l'argent. Il importune tout le voisinage par ses scènes de ménage et en allant raconter ses prétendus déboires conjugaux aux voisins.

Au travail il est incapable d'exécuter les tâches confiées par ses chefs, qu'il remplace par des activités fantaisistes ; il ne veut plus travailler du tout et se vante de pouvoir rester 24 heures sur une chaise sans rien faire.

Devant l'incapacité d'autocritique, l'impulsivité, la stéréotypie des conduites et de la pensée, l'incompréhension totale de la situation, les médecins de la Clinique ont conclu au diagnostic de schizophrénie torpide peu évolutive.

En raison du refus total de soins et de la persistence des troubles, Mr. S. a été transféré à l'Hôpital Psychiatrique de Lorquin.

ETUDE CLINIQUE

Les quelques pages introductives de ce travail nous ont permi de voir ce que représentait pour les différents auteurs qui s'y sont intéressé le concept d'Héboïdophrénie. Ensuite nous avons présenté en illustration à cette étude quelques cas que nous avons eu tout loisir d'observer pendant les années de notre internat à Stephansfeld dans le service du Docteur LANTERI-LAURA.

Partant de toutes ces lectures et de l'étude de ces observations nous allons maintenant esquisser la description du tableau clinique présenté généralement par ces patients.

Nous ordonnerons cette description suivant 2 directions principales : d'une part le versant caractériel de ces personnalités et de l'autre les traits de psychopathologie psychotique. Après un bref résumé dans le paragraphe de diagnostic positif nous aborderons l'étude du diagnostic différentiel, à la recherche des traits qui permettent de différencier l'Héboïdophrénie surtout du Déséquilibre Psychopathique d'une part et des formes avérées de Schizophrénie d'autre part. Nous terminerons enfin ce tableau clinique sur quelques réflexions d'ordre pathogénique, sur les possibilités thérapeutiques offertes et les incidences médico-légales de cette affection.

REMARQUES PRELIMINAIRES :

- le recensement mécanographique opéré à la Clinique Psychiatrique Universitaire de Strasbourg, nous a permis de nous faire une idée de la part représentée par les Héboïdophrènes dans la pratique psychiatrique courante :
  - sur la totalité de l'année 1966 les Héboïdophrènes ont représenté 1,05 % de l'ensemble des admissions.

- en valeur absolue, on a dénombré 14 Héboïdophrènes pendant 30 mois de recensement mécanographique.
- toujours en se référant aux mêmes sources, nous constatons une prédominance du sexe mâle sur le sexe féminin : en effet nous avons noté 11 hommes pour 3 femmes Héboïdophrènes.

- L'étude des antécédents familiaux tant de nos propres observations que de celles de la Clinique Psychiatrique n'a pas permis d'arriver à une conclusion univoque. Chez certains de nos patients nous avons retrouvé une charge héréditaire assez lourde alors que chez d'autres rien de spécifique ne pouvait être relevé.

Si nous ne retrouvons pas les tares chez les ascendants, mentionnées par Kahlbaum, on note cependant, comme il l'a souligné, une relative fréquence des cas d'alcoolisme dans la parenté de nos patients.

- Les circonstances de la rencontre avec les psychiatres revêtent grosso-modo deux aspects principaux :

a) dans un certain nombre de cas, la famille, particulièrement peu tolérante, ou, au contraire, avisée, pense que l'inconduite de l'adolescent n'est plus supportable et elle décide une mise en observation en milieu psychiatrique. Le praticien se trouve ainsi consulté pour apporter une explication devant des troubles du comportement souvent incompréhensibles et d'apparition récente.

b) dans d'autres cas la consultation revêt la forme de l'expertise demandée par le Juge d'Instruction pour un prévenu mineur ou présentant une personnalité ayant frappé le magistrat par une certaine étrangeté.

Venant rarement d'eux-mêmes en consultation, c'est à cause des perturbations présentées dans leurs relations avec le milieu familial et en raison de leur inadaptation socio-professionnelle que les Héboïdophrènes sont adressés chez le psychiatre.

A. TROUBLES CARACTERIELS.

La plupart des symptômes si immédiatement évocateurs de la maladie mentale chez l'adulte, souvent ne se rencontrent pas chez le jeune. La pathologie mentale de l'adolescent s'exprime en troubles du comportement et ces troubles n'ont bien souvent aucune spécificité morbide Chez l'adulte, à chaque psychose correspond une séméiologie relativement propre, alors que chez le jeune, la semeiologie psychotique se compose assez uniformément de troubles caractériels, qu'il s'agisse d'une forme ou d'une autre de psychose. L'expression de la pathologie mentale chez le jeune étant ainsi ramenée à des manifestations relativement semblables, cela rend plus ardu le problème diagnostic consistant à chercher quelle affection mentale peut rendre compte des troubles caractériels observés.

Dans ce chapitre nous exposerons les modalités caractérielles qui sont l'expression chez le jeune adolescent, de la psychose schizophrénique sous-jacente, et nous montrerons ensuite la spécificité et les particularités de ces troubles caractériels chez les Héboïdophrènes.

Mais avant cet exposé nous pensons qu'il serait important de réfléchir sur les concepts que nous devrons utiliser ; ceux de caractère, de troubles du caractère et de caractériel.

Qu'est-ce que le caractère ?

- pour Heuyer : "disposition de nature affective... qui règle les réactions de l'individu

aux conditions du milieu extérieur"

- pour Ey : "le caractère, est une sorte de système... pour identifier l'habitus, le style de réactivité".
- pour Wallon : "la manière habituelle et constante de réagir, propre à chaque individu"
- pour Abraham : "la somme des réactions d'une personne envers son entourage social".

Le caractère est donc l'ensemble des réactions émotionnelles et affectives, habituelles et spontanément maitrisées, concernant la vie relationnelle.

Nous ne multiplierons pas les citations, car celles-ci nous permettent déjà de constater l'importance décisive très couramment donnée à l'incidence sociale du caractère. Mais si l'on essaye de définir le caractère en se basant sur les structures internes du psychisme de l'individu, c'est-à-dire d'une manière plus psychologique, on se rend compte que les structures mises en cause sont celles qui visent le rayonnement extérieur des particularités du sujet.

C'est cet aspect "social" du caractère qui devient particulièrement visible lorsqu'il est pathologique ; les troubles caractériels existent dans la mesure où ce sont des troubles affectifs qui sont ressentis commeune gêne par l'entourage. Le caractériel est un individu présentant certains traits de personnalité gênants et aigus, et pour cette raison, presque toujours jugé négativement par son entourage ; c'est un malade dont le comportement envers ses semblables est truffé de difficultés incessantes et considérables et avec lequel il n'est pas commode et peu réjouissant d'entretenir des relations.

Les troubles caractériels doivent être compris comme des troubles relationnels dans la mesure justement où le caractère est le système assurant l'intégration de la relation avec Autrui.

"Toujours est présent l'Autre, ou mieux le Semblable, ou même le Prochain" dit Eugène Minkowski.

Dans cette étude nous nous heurtons aussi à l'imprécision de l'épithète caractériel. Les "caractériels" désignent le nombre considérable des inadaptés familiaux, scolaires ou sociaux, c'est un terme vague qui semble englober tous les troubles psychiques qui ne relèvent pas d'une déficience intellectuelle. Mais assez fréquemment dans les différentes acceptions de ce terme on retrouve la notion d'une agressivité comme notre dominante. Cette agressivité manifestée de façon impulsive comme un élément de rupture qui menace constamment la stabilité et la sécurité de toute relation. En fait, dans la pensée des auteurs qui l'emploient, ce terme sert plutôt à remplacer celui de pervers qui a le tort d'avoir été trop généralisé et qui choque à bon escient. Dans le terme "caractériel", en filigrane se glisse un jugement de valeur, réminiscence atavique des théories de la dégénerescence.

Citons ici Chazaud qui conclut ainsi quelques réflexions personnelles sur la notion de caractère : "nous sommes préalablement partis de la notion populaire de mauvais caractère pour remarquer que l'élaboration nosographique du trouble caractériel s'est d'abord faite à travers les avatars de la notion de Constitution, par le biais primitif des désignations de caractère asocial ou de folie morale en prenant en considération les conduites impliquant une structure déséquilibrée ou perverse, pour déboucher à la longue sur la possibilité d'une adaptation potentiellement significative dans

l'opposition même qui est la source du scandale initial.

Et nous avons vu comment cette reprise conceptuelle s'est ensuite étendue à l'ensemble de la Genèse Relationnelle dans sa normalité comme dans sa déviation".

De ces quelques réflexions préliminaires nous retiendrons que le caractère étant la disposition systématisée . assurant l'intégration des relations avec Autrui, les troubles du caractère doivent être envisagés comme des perturbations de la vie en société. Ces empêcheur de tourner en rond ont longtemps été considérés en bloc comme des dégénérés et c'est cette conception pessimiste qui est en filigrane dans le vocable plus moderne de caractériel.

Nous concluerons notre propos avec Henri Ey qui réalise la synthèse des réflexions évoquées ci-dessus dans la définition qu'il donne de l'Héboïdophrénie : "elle consiste en un comportement d'opposition à la famille et à la société qui fait considérer ces malades comme des psychopathes pervers...".

La symptomatologie caractérielle de l'Héboïdophrénie est relativement polymorphe dans son expression objective ; polymorphisme pouvant être saisi schématiquement suivant trois dimensions principales.

Tout d'abord suivant l'intensité des manifestations nous pouvons ordonner, des petits incidents aux plus sérieux, tout une kyrielle de troubles, allant par exemple de la simple bouderie, de l'entêtement à l'alcoolisme, l'instabilité professionnelle et jusqu'à la délinquance caractérisée, le crime même. Nous verrons plus loin que cette variété dans l'intensité des

manifestations est fonction de certaines conditions, de l'âge du patient par exemple ou du champ d'action dont il dispose pour se manifester.

Suivant l'étendue de ce champ d'action nous pouvons également sérier les troubles du caractère de l'Héboïdophrène. En effet, à peine sorti de l'enfance, vers le début de la puberté, le patient manifeste ses premiers troubles surtout dans le cercle restreint de la famille. Ce n'est qu'au fur et à mesure qu'il grandit et que son monde s'étend, que le patient déplace le champ d'action de ses troubles, du cercle familial, à l'atelier, au lycée, sur la voie publique. Facilement neutralisé le plus souvent lorsque se manifestent les premières oppositions à la discipline familiale, le patient devient de moins en moins contrôlable avec l'âge, et presque immanquablement il se heurtera tôt ou tard à l'autorité publique. Il est à remarquer en passant que suivant le degré de notoriété de la famille, les troubles en question prennent des aspects différents et aussi que le sujet bénéficie d'une tolérance plus ou moins marquée de la part des autorités.

A partir du moment où l'Autorité Publique intervient, l'expertise mentale puis l'ordonnance de non-lieu, le monde de l'Héboïde se restreint aux dimensions de l'hôpital Psychiatrique. S'il est, par là, neutralisé, le patient n'en perd pas pour autant sa structure schizophrénique et sa problématique relationnelle. Ses congénères, les médecins et le personnel de l'Hôpital représentent cet Autre avec lequel il semble que l'Héboïde ne puisse régler cette problématique relationnelle que sur un mode très heurté. Opposition et troubles caractériels prennent alors pour objet les règles de vie et la discipline hospitalière.

Ainsi, suivant l'âge du malade, suivant qu'il passe la majeure partie de son temps en famille ou en dehors

de celle-ci, suivant que l'on parle de son existence en dedans ou hors de l'Hôpital Psychiatrique, les manifestations caractérielles revêtent des aspects très variés. C'est à partir de cette grande variété apparente que nous allons isoler des formes prévalentes de ces troubles et les caractéristiques qui nous permettent de les distinguer de la foule des troubles caractériels, relevant de causes diverses.

En illustration à ces propos nous relaterons l'une des observations de Kahlbaum, caractéristique en ceci qu'elle montre très bien le grand polymorphisme, chez un sujet unique, des manifestations caractérielles :

KAHLBAUM : "Ueber Héboidophrénie"
(Allgem. Zeitschrift fur Psych.
1890 tome 46 pp. 463-67)

Observation :

Il s'agit d'un jeune homme d'une famille d'industriels qui, jusqu'à l'âge de 13 ans est en tout point semblable aux enfants de son âge.

Puis apparaissent des modifications du caractère : il devient très versatile, agressif, surtout envers sa mère, occasionnant de nombreux éclats dans la famille. Renvoyé du collège, il est placé dans une institution privée, où il est toujours en très mauvais termes avec les autres collégiens ; un jour même, il faut faire appel à la police pour le déloger de sa chambre dans laquelle il s'est enfermé, y faisant brûler des vieilles caisses. Renvoyé de cette institution, de retour dans sa famille, le jeune homme choque son entourage en se promenant nu chez lui, en s'isolant dans sa chambre pendant les fêtes de famille ou en venant aux repas en tenue débraillée. Un jour, pris de colère soudaine, il gifle son oncle et dit vouloir le tuer ; une heure après il vient s'en excuser, exprimant son sentiment d'être malade et de ne plus avoir le contrôle de ses actes. Après cet incident, il demande lui-même à être hospitalisé.

En maison de santé, d'abord placé avec des malades légers, il faudra le transférer dans un quartier de force à cause de gros troubles du comportement. Il se met

dans de violentes colères sous des prétextes futiles, s'en prenant au médecin qu'il abreuve d'injures, refusant de manger, et se singularisant continuellement par de multiples caprices.

Au bout de quelques mois, le malade demande à suivre des cours privés ; se mettant sérieusement à son travail avec l'aide de professeurs, il pourra après deux ans d'hospitalisation, réintégrer le collège, dans la même classe qu'avant son internement.

Il sort de la Maison de Santé pour vivre à nouveau avec sa famille (sans que n'aient toutefois cessés ses manifestations caractérielles) ; cahin-caha avec beaucoup de cours privés, il termine sa scolarité obtient son diplôme de fin d'Etudes Secondaires, et commence des études de Droit.

Kahlbaum termine le récit de l'observation en apportant cette information : le malade s'est marié, a eu beaucoup d'enfants... et le grand-père subvient aux besoins de cette petite famille...

I. LES TROUBLES DU CARACTERE.

En famille : les premiers indices, les signes précurseurs s'observent le plus souvent dans le milieu familial, ils sont d'autant plus remarqués qu'ils apparaissent chez un enfant auparavant très sage et affectueux.

Tous les auteurs s'accordent à reconnaître ce contraste entre un enfant connu pour sa docilité puis une attitude rebelle et même perverse. Il est très important de souligner cette notion, car elle est un des éléments du diagnostic différentiel avec le Déséquilibre Psychopathique. En effet, le Déséquilibré est dès son plus jeune âge un enfant très difficile, inéduquable, cet aspect s'aggravant à l'adolescence. Au contraire l'Héboïde ne se singularise qu'au début de l'adolescence ; enfant il est très sage et affectueux, les troubles caractériels n'apparaissent classiquement qu'avec la survenue de la puberté.

Nous citerons notre propre observation du patient R, enfant très docile et obéissant, très soigneux et économe vivant entre sa mère et sa grand-mère envers lesquelles il se montre très affectueux. A l'époque de la sortie de l'école primaire la mère note alors un changement rapide du caractère, R devient effronté, méchant, inaffectueux et la menace de se suicider en représailles.

Citons également l'observation n° 5 de Heuyer, Badonnel, Bouyssou (A.M.P. 1929 t.I pp.120-127)

"... depuis un an, on ne peut lui faire la moindre observation... s'emporte pour des motifs futiles... toujours renfermé, sombre, sournois. Ne s'est pas fait un seul camarade à l'école, reste à l'écart durant les récréations.

Il n'aime pas sa mère, mais s'est montré très affectueux envers son père qu'il a soigné avec beaucoup de dévouement. Il a même obtenu en récompense une médaille d'honneur (prix Monthyon). Il a rarement embrassé sa mère et a préféré ne pas la voir durant son séjour en prison. Il prétend qu'elle ne peut le comprendre, qu'elle est vieille. Lui a des idées nouvelles..."

Cette seconde observation, outre qu'elle mentionne aussi le changement brusque survenu chez le jeune patient dans son comportement habituel, donne un exemple de ces haines familiales électives trait qui semble assez fréquemment rencontré dans la biographie des Héboïdophrènes.

Haine élective, envers un membre de la famille, souvent aparemment incompréhensible car contrastant avec les dispositions affectives antérieures du sujet. La mère comme le père ou un membre de la fratrie peut être l'objet de cette haine soudaine et parfois violente ; celle-ci se manifestant même à l'égard d'un membre de la famille que le sujet entourait particulièrement d'affection auparavant.

Cette haine élective relevée dans l'histoire de R

se retrouve avec G et son père, M et son beau père, B et sa mère. Cette particularité caractérielle plus ou moins tumultueusement manifestée suivant le degré de tolérance du milieu familial, semble être un trait caractéristique et fréquemment rencontré chez les Héboïdophrènes au début de leur affection.

Le comportement familial habituel de tels patients peut être décrit comme l'incapacité de se plier aux règles de la vie familiale. Ainsi ce malade de Kahlbaum qui se promène nu dans l'appartement familial ou qui s'isole et s'enferme dans sa chambre alors que tous les siens sont réunis pour une fête de famille. Suivant la sévérité des parents le jeune patient sera plus ou moins obligé de se contrôler et ne se fera remarquer dans certains cas que par une certaine bouderie, l'ironie continuelle, ou déjà un entêtement prononcé, de l'indocilité et de la grossièreté.

Le fossé se creuse imperturbablement entre l'Héboïdophrène et sa famille décontenancée devant la révolte la grossièreté de celui-ci et surtout très étonnée par ce brusque changement dans le caractère de l'enfant.

A l'école, le même changement brusque qui d'un écolier sage et travailleur fait un écolier distrait et indiscipliné est observé par les éducateurs. En fonction des conditions objectives représentées par le rang social de la famille et les possibilités régionales de scolarisation, l'adolescent devra arrêter rapidement sa scolarité ou poursuivra d'hypothétiques études cahin-caha.

- la mère de R s'inquètant devant les mauvais résultats scolaires de son fils ne peut envisager de lui faire poursuivre des études et le place dès la sortie de l'école primaire en apprentissage.

- les parents de G, industriels bien connus, veulent que leur fils poursuive des études secondaires espérant toujours qu'il se mettra enfin à travailler. Renvoyé de lycée en institution privée, tâtant du Secondaire, du Technico-Commercial, s'essayant dans les sections classiques puis modernes, G traîne avec lui son indiscipline et son indolence d'un établissement à l'autre, redoublant les classes et ceci jusqu'à ce qu'il atteigne l'âge de s'engager dans l'armée.

Comme l'écolier Héboïdophrène change souvent d'établissement scolaire l'Héboïdophrène apprenti change souvent de patron. Il change fréquemment d'employeur soit qu'on le renvoie pour son mauvais caractère, des disputes avec les autres ouvriers ou pour quelque délit commis dans l'entreprise, soit qu'il quitte lui même son travail arguant de motifs souvent vagues : ne se plait pas dans l'atelier, ne rencontre pas la considération qu'il espérait etc... Devant cette instabilité, si les ressources familiales le permettent il pourra se faire, comme dans le cas de B, que l'on tolère l'incurie du malade, qu'on le laisse vaquer à ses rêveries et occupations fumeuses.

En grandissant l'adolescent prend un peu plus d'indépendance et tente de s'émanciper de la tutelle familiale qu'il supporte mal. Si les parents essayent de le contrôler en le gardant le plus souvent à la maison, celui-ci va fuguer.

Notre observation de M illustre très bien cet aspect de délinquance ; très tôt M se met à fuguer, tout d'abord il ne va pas très loin, se contente de petits abris dans la forêt proche, revenant la nuit voler des aliments

dans la maison de ses parents. Puis plus tard il fugue sans but très précis mais de plus en plus loin "par besoin de partir ailleurs, changer de paysage".

Les fugues se transforment en vagabondage, occasionnant des larçins, menant le patient parfois à la prostitution, aux perversions sexuelles. Tôt ou tard il va se trouver appréhendé par la police pour un ou même plusieurs délits. Et là, suivant la plus ou moins grande tolérance locale des autorités, l'Héboïdophrène sera plus ou moins rapidement déféré à la Justice, celle-ci commettant un psychiatre pour expertise, puis plaçant d'office le patient dans un hôpital psychiatrique.

Parfois la famille quelque peu inquiète devant ces troubles incessants croit trouver un remède en conseillant ou contraignant le fils à s'engager dans l'armée dès que possible. Suivant la rigueur de la sélection la jeune recrue est engagée ou au contraire orientée vers une consultation de psychiatrie. De toute manière, dans la caserne le patient ne manquera pas de manifester son opposition à toute autorité, créant par là de nombreux incidents. Citons pour illustration le cas de G qui s'est vu réformé quelques mois après son engagement, pour indiscipline.

De la famille à l'école, de l'atelier à la caserne, le patient se singularise par une attitude bien particulière qui fait qu'on le remarque et même qu'on le subit parfois. Irrespect et opposition dans la famille, indiscipline et incurie à l'école, instabilité et asociabilité à la caserne ou à l'atelier, le comportement de l'Héboïdophrène doit toujours être saisi dans sa dimension sociale et dans sa caractéristique d'opposition et d'insoumission.

II. CARACTERISTIQUES.

Les troubles du comportement que nous venons d'énumérer et de décrire, s'ils sont fréquemment retrouvés dans la biographie des Héboïdophrènes, n'en constituent pas à eux seuls le tableau clinique et surtout ils ne sont pas spécifiques de celui-ci. En effet, de tels troubles sont fréquemment rencontrés dans la pathologie mentale et dans la vie courante sans que l'on évoque le diagnostic d'Héboïdophrénie. Celui-ci ne pourra être retenu que devant des troubles du comportement, banals apparemment, mais présentant des traits bien caractéristiques.

C'est l'étude de ces caractéristiques que nous allons aborder maintenant, l'étude de ces traits particuliers aux troubles du comportement des Héboïdophrènes qui font qu'on peut les différencier de ceux des autres affections.

Les Héboïdophrènes réalisant en quelque sorte une passerelle entre le Déséquilibré Pervers et le Schizophrène, c'est par rapport aux troubles du comportement trouvés dans ces deux tableaux cliniques que nous allons décrire ceux présentés par nos patients.

1. Par rapport au Déséquilibré Pervers :

Ces jeunes gens rebelles à toute discipline, incapables de se plier à toute règle, incapables de s'adonner à aucun travail suivi et manifestant, selon l'entourage, "les plus mauvais instincts", ressemblent à première vue beaucoup aux descriptions des déséquilibrés pervers. Sans vouloir aborder présentement une discussion de diagnostic différentiel, nous rappellerons toutefois que certains Héboïdophrènes sont

longtemps considérés comme des personnalités psychopathiques et que parfois ce n'est qu'après quelques années d'évolution qu'on se rend compte que cette personnalité psychopathique n'est que la préface ou la surface d'une évolution schizophrénique.

L'analyse des mobiles, des motivations avancées par l'Héboïdophrène lorsqu'on l'interroge sur les délits qu'il a commis peut être d'un bon secours dans la discussion diagnostic de tels cas. Car en fait, ces patients pensent peu à la réalité, leurs actes n'ont en général pas pour mobile leur propre intérêt, il est bien souvent impossible d'y déceler une teinte utilitaire. On ne note pas la nuance activement intéressée retrouvée chez les véritables pervers, ni leur égoïsme férocement intéressé.

Il n'y a pas vraiment de malignité chez l'Héboïdophrène, on ne retrouve pas le plaisir de mal faire ou de faire mal, bien caractéristique du véritable dégénéré. Ainsi que nous le verrons plus loin, faire du mal ou mal faire, ne résonnent pas de la même façon chez nous et chez l'Héboïdophrène ; si nous jugeons comme tel son activité, il n'est pas très sûr que lui-même ait la même façon de voir.

L'analyse des motivations, outre le fait qu'elle nous permet de constater le manque d'intérêt personnel apporté à la réalisation des délits, nous permet également de saisir l'aspect illogique de la pensée du patient.

Etudions de plus près cet aspect de la biographie de nos malades que représente leur instabilité professionnelle ; parfois il leur arrive d'être mis à la porte pour des querelles incessantes avec les autres, pour des vols ou pour fainéantise ; mais il arrive aussi très souvent que de lui-même le sujet quitte son emploi, sans se soucier du préjudice représenté par cette continuelle instabilité.

Il quitte l'employeur souvent sans raisons, ou quand on les lui demande, elles sont sinon toujours fantaisistes, en tout cas souvent sans rapport avec le contexte. Il se plaint de n'être pas assez payé, mais ne se rend pas compte qu'il en est ainsi partout dans sa catégorie ; ou bien, il estime qu'on ne lui donne pas assez rapidement d'avancement sans voir que c'est la même chose pour tout le monde. Ou même tout bonnement il déclare ne trouver aucun intérêt au travail qu'il fait et pour cela préfère quitter son emploi. Et ainsi de suite, de motivations qui, sans être franchement délirantes, sont toujours un peu en deça de la réalité. Citons encore l'exemple de ce malade de Heuyer que la police appréhende après qu'il ait cambriolé plusieurs chantiers et qui explique ainsi les mobiles de ses actes délictueux : il se croyait en droit de voler puisque ne possédant rien. Dans cet exemple le patient n'admet pas l'état de fait social qui fait de lui un démuni alors qu'il y a des gens qui sont possédants. Il s'oppose à cette réalité et vole pour rétablir une sorte d'équilibre. On ne peut pas dire de ces raisons qu'elles sont délirantes, sans alors devoir taxer de fous certains idéologues socialistes, mais il est bien nécessaire de constater que là encore le sujet est un peu en deça de la réalité.

C'est dans l'analyse fine des motivations proposées par l'Héboïdophrène pour expliquer ses délits que l'on peut trouver un moyen de le différencier du Déséquilibré pervers à défaut de tout autre signe clinique. L'absence d'intérêt personnel le peu de bénéfices qu'ils paraissent tirer de leurs conduites anti-sociales ainsi que les explications quelque peu dissociées avancées sont des traits qui, chez ces malades, permettent de penser que les troubles du comportement manifestés relèvent plutôt de l'Héboïdophrénie.

2. Par rapport aux formes avérées de Schizophrénie.

Nous venons de voir que par une étude clinique fine il est possible de faire la différence entre le délit commis par le Déséquilibré pervers et celui commis par un Héboïdophrène. C'est également en étudiant de très près le déroulement, tant dans ses manifestations objectives que dans les représentations subjectives du patient, du délit en cause que l'on pourra faire la discrimination entre ce qui peut être rapporté à un Schizophrène ou au contraire à un Héboïdophrène de préférence.

Nous introduisons ici une différence entre Schizophrène et Héboïdophrène non dans l'intention d'en faire 2 entitées cliniques indépendantes mais, toujours en restant dans l'optique de Kahlbaum qui fait de l'Héboïdophrénie une forme mineure de la précédente, nous cherchons ce qui permet de différencier ces formes mineures des formes majeures. En effet, les troubles du comportement présentés par l'un ou l'autre de ces deux types de patients diffèrent et nous allons voir maintenant que ces différences ne sont pas uniquement d'ordre quantitatif.

Michaux, parlant des vols des déments précoces, les décrit comme absurdes et pauvres de motivations, avec une exécution très maladroite, la réalisation y revêtant fréquemment une allure stéréotypée ; tous caractères qui donnent un certain cachet démentiel à ces actes.

- A propos de la motivation, nous avons vu plus haut que, si l'Héboïde ne motive pas ses actes antisociaux par le même égoïsme férocement intéressé du véritable dégénéré, il peut tout de même en donner une explication assez cohérante. La motivation existe, elle présente même à première vue une apparence de logique si toutefois elle ne résiste

pas à une confrontation plus poussée avec la réalité. Le patient cité plus haut, vole pour rétablir une sorte d'équilibre entre pauvre et riche : ce raisonnement à vrai dire n'est pas absurde, mais il pêche par son manque de réalisme, par son inadéquation avec l'état de fait.

Si G. escroque son père, ce n'est pas pour lui nuire, mais pour lui soutirer l'argent qu'il devrait donner.

Nous ne sommes pas ici dans la même ambiance que celle créée par le crime immotivé de l'Héboïdophrène, dans cette atmosphère délirante opaque ou indiscernable. Chez l'Hébéphrène aucune explication n'est avancée ou alors elle est franchement délirante ; l'Héboïdophrène lui, motive et explique son délit d'une façon qui est presque logique, il n'y a pas cette absurdité et cette pauvreté de motivation dont parle Michaux.

- Alors que, toujours selon Michaux, l'aspect dissocié se révèle devant la maladresse de l'exécution dans le vol ainsi que la fréquente stéréotypie dans la réalisation, il semble en être tout autrement chez nos patients. Sans parler, de véritable préméditation, les vols de l'Héboïdophrène sont tout de même bien ordonnés et adroitement exécutés, comme le seraient ceux d'un habituel escroc, mais à cette seule différence qu'ils sont souvent sans utilisation.

Prenons l'exemple de O qui, lassé dit-il de l'arrogance de son oncle, vole les pièces d'or que celui-ci aime à montrer à ses amis. Il prépare son vol, le prémédite en quelque sort, exécute celui-ci de façon très adroite, mais ne garde pas les pièces d'or pour lui, il les donne à des gens qui se feront tout de suite remarquer en changeant ces pièces dans des banques.

Tous ces éléments que représentent le mode d'exécution et de préparation des délits ainsi que leur motivation sont à étudier de très près car, outre qu'ils nous aident déjà à éliminer une structure psychopathique, ils permettent aussi de réfuter le cachet démentiel que l'on pourrait être en droit de trouver chez des schizophrènes, tout mineurs qu'ils soient.

- Dans toute la littérature consultée lors de l'élaboration du chapitre historique, nous n'avons relevé qu'un seul auteur, à savoir Rinderknecht, ayant parlé d'Héboïdes criminels. Le crime ne semble pas être plus fréquent chez les Héboïdophrènes que chez les autres malades mentaux ; la gamme est très étendue des troubles caractériels présentés par ces malades, sans toutefois atteindre cet extrême que représente le crime. A la lecture des observations rapportées dans les travaux et articles traitant de l'Héboïdophrénie, il ressort cette impression que les troubles manifestés par ces patients sont plutôt, comme le dit Kahlbaum, de l'ordre du manquement aux bonnes règles, aux us et coutumes, à la bienséance.

Ces troubles sont moins graves, moins massivement cruels et horribles que ces meurtres immotivés des Schizophrènes atteints plus profondément par la maladie. L'Héboïde se singularise plutôt par de la grivèlerie, de la grossièreté, de l'indiscipline, toutes manifestations résultant de cette opposition brutale, aveugle et sans raison à des actes sans importance commandés par la discipline sociale, ce que Guiraud appelait la résistance violente négativiste.

Ces malades sont rebelles à toute discipline, incapables de se plier à toute règle, comme ils sont également "très pauvres de sens moral et d'idées inhibitrices" pour reprendre les termes d'Evensen, ils peuvent parfois

devenir dangereux, surtout s'ils rencontrent une ferme opposition à leur indiscipline.

C'est surtout dans une attitude de résistance négativiste qu'il faut comprendre tous les délits commis par ces malades ; rarement criminels il s'agit plutôt d'incorrigibles escrocs, de personnes grossières et indisciplinées, coléreuses et très irritables.

Nous retrouvons les mêmes réflexions dans ce que dit Sauguet, à propos des schizophrènies pseudo-caractérielles de type pervers...

"réfractaire, opposant, le pervers réactionnel ne l'est que dans certaines occasions. Indiscipline, désobéissance, caprices, violences , sournoiseries et esprit vindicatif sont autant de traits de caractère qui ne sont pas fondamentaux et figés ; certains êtres, certaines attitudes évocatrices d'un conflit plus profond les font émerger, les activant. Les conduites qui en résultent sont imprégnées de défi, de révolte, d'effronterie, d'ostentation, de scandale : fugues, vols, larcins, vagabondage, prostitution, hâblerie, imposture, dépravations spectaculaires, les fascinent et ils s'y précipitent parfois avec ostentation. Il est bien rare que de telles conduites ne frappent pas par leur irrationnalité..."

L'auteur mentionne les mêmes troubles du comportement à type d'indiscipline, de révolte, de scandale évoquant un caractère de type pervers mais frappant par l'irrationnalité.

B. TRAITS DE PSYCHOPATHOLOGIE PSYCHOTIQUE.

L'héboïdophrénie s'est frayé une petite place dans la nosographie psychiatrique en se logeant entre le Déséquilibre Psychopathique et la Schizophrénie ; c'est donc suivant schématiquement ces 2 directions que peut s'ordonner la description du tableau clinique de cette affection. Du Déséquilibre Psychopathique nous avons retrouvé les innombrables perturbations du comportement, toutefois avec des caractéristiques propres permettant de les en individualiser.

C'est le versant psychotique de cette affection que nous allons étudier présentement afin de voir comment elle se situe dans et par rapport aux psychoses schizophréniques.

Déjà dans l'analyse séméiologique fine des troubles du caractère nous avons relevé quelques traits qui permettent d'évoquer le registre psychotique, mais qui, à eux seuls, n'ont pas assez de poids pour pouvoir confirmer cette orientation pronostique. Abordons maintenant l'étude des signes qui sont eux plus évocateurs directement d'un processus psychotique.

Kahlbaum le premier a décrit cette "forme clinique de Moral Insanity", la rapprochant des descriptions que Hecker donnait de l'Hébéphrénie ; à tout seigneur tout honneur, nous rappellerons succintement sa description :

- tout comme l'Hébéphrénie, l'Héboïdophrénie survient vers la puberté sans toutefois être précédée d'une phase "maniaque" aussi intense et sans s'accompagner d'affaiblissement démentiel.

- alors que l'Hébéphrénie évolue régulièrement à travers certains stades, l'Héboïdophrénie oscille continuellement

entre des états maniaques ou mélancoliques jamais bien définis.

- On n'observe pas d'idées délirantes : ceci étant un trait négatif important.

- Kahlbaum dit de ces patients qu'ils ont une pensée particulière, insuffisante, fausse, de tonalité infantile. Ils souffrent d'une grande fatiguabilité intellectuelle et physique qui est à l'origine d'une faible capacité de travail. Il souligne bien qu'il n'y a pas d'affaiblissement démentiel, le niveau intellectuel demeurant bon et même dans certains cas pouvant atteindre un grand niveau de développement.

Cependant, ces jeunes gens souffrant d'une certaine fatigabilité intellectuelle, s'ils apprennent bien par coeur, s'ils savent soutenir un entretien, leur compréhension des choses est imprécise, para-logique, ils ont un mode de pensée particulier.

Nous pouvons regretter que Kahlbaum ne donne pas plus de précisions dans son étude clinique, notamment à propos de cette compréhension para-logique ou de ce mode particulier de pensée ; mais il faut surtout retenir 2 points, c'est que les Héboïdes conservent une activité intellectuelle intacte etne présentent jamais de manifestations délirantes ce qui les différencie des Hébéphrènes. Même ils auraient un sens moral très développé ; par exemple ils savent , dit Kahlbaum, discerner ce qui est juste et injuste, seule l'utilisation de ce sens moral discriminatoire n'est pas adéquat.

Cette absence de signes déficitaires et d'idées délirantes laissaient perplexes les praticiens qui devant ces patients bien turbulents, se posaient souvent la question de savoir s'il s'agissait d'une maladie, d'une disposition caractérielle ou d'une mauvaise éducation, tout ceci rendant difficiles à trancher les problèmes de Justice.

I. LA NOTION DE DEMENCE PARTIELLE.

De Morel à Kraepelin puis à Bleuler, l'étude séméiologique de la Démence Précoce, de l'Hébéphrénie, puis de la Schizophrénie, s'affine, se complète, les concepts se précisent : parallèlement, la description de l'Héboïdophrénie, notamment de son versant psychotique, se complète et gagne en clarté.

Vers la fin du XIXè siècle on a laissé quelque peu de côté la conception psychologisante, issue des réflexions des premiers auteurs tels Esquirol ou Pinel, à propos de "l'idiotie accidentelle ou acquise". Mais avec Alzheimer et les auteurs allemands les conceptions deviennent organiscistes, et la psychiatrie allemande tente d'ordonner la clinique par rapport aux études anatomo-pathologiques. Bien qu'aucun substratum organique n'ait pu, commedans la démence artériopathique, être retrouvé chez les Déments Précoces, les auteurs envisagent cet état de démence un peu à l'image de celui des déments artériopathiques. Ainsi en est-il pour les Héboïdophrènes que l'on considère comme des déments dont les altérations seraient moins profondes. Jusque vers les années 1911 avant la diffusion des théories bleuleriennes, on parlera de démence Hébéphrénique et d'une évolution pauci-démentielle chez l'Héboïdophrène.

Avec la grande synthèse clinique de Bleuler sur "le groupe des Schizophrènies", la notion de démence n'est plus comprise par analogie avec les démences artériopathiques mais comme la manifestation du processus dissociatif, de la "Spaltung". Parallèlement on ne parle plus du faible aspect démentiel rencontré dans l'Héboïdophrénie mais des petits signes de discordance intellectuelle.

Nous allons passer rapidement en revue les idées des auteurs, de Kahlbaum à nos jours, afin de voir l'évolution des conceptions, partant de la notion de démence à celle de discordance utilisées pour rendre compte de l'état de démence de ces jeunes gens.

- Christian, dans son étude à propos de la Démence précoce des jeunes gens, étudiant cette forme clinique ressemblant beaucoup à la "Moral Insanity" dit : que l'intelligence reste normale, elle ne baisse pas, mais ces malades sont incapables d'esprit de suite (est-ce là la fatigua bilité intellectuelle...le mode particulier de pensée dont parle Kahlbaum ?).

- Monod note que l'affaiblissement intellectuel rencontré chez ces malades est léger et qu'il porte sur les fonctions nobles du cerveau qui sont : la sensation, l'élaboration, la réaction ; ceci entraînant une symptomatologie caractérisée par la triade décrite par Masselon : apathie, perte de l'activité intellectuelle et aboulie. On est en présence de jeunes gens aux facultés intellectuelles de base intactes, mais manquant d'énergie pour les faire fonctionner, une Jeunesse qui promet beaucoup, mais qui promet toujours : les "studiosi perpetui" d'Evensen.

Plus tard les auteurs parlent peu de démence ou d'affaiblissement intellectuel , juste pour noter au passage que les Héboïdes ne deviennent pas des déments véritables. Et c'est cette atteinte très minime de leur intellect qui les fait considérer par Meggendorfer comme responsable devant la loi.

Après les travaux de Bleuler les idées concernant un processus démentiel de la Schizophrénie changent : en effet ces malades asilaires au comportement bien particulier et qui

peuvent parfois avoir conservé une passion pour les mathématiques par exemple, s'ils sont bien déments, ils ne le sont pas au sens où on l'entendait jusqu'alors. Ils sont déments par cette discordance entre leurs facultés intellectuelles intactes, pour les mathématiques par exemple, et leur comportement général.

Ainsi les Héboïdophrènes sont décrits comme ayant une telle discordance intellectuelle mais beaucoup moins profonde, parfois à peine perceptible.

D'après Guiraud, cette discordance peut être retrouvée dans une certaine distraction de l'Héboïdophrène, distraction venant d'un défaut d'intérêt pour l'activité courante, ou dans une certaine lenteur idéo-motrice.

Heuyer et ses élèves parlent de discordance intellectuelle et avec Melle Serin l'analyse de celle-ci est plus précise : la mémoire est excellente, mais les propos sont bizarres, le raisonnement incohérent, les affirmations stéréotypées et vides. Il y a conservation des techniques apprises par des moyens didactiques, mais une perte de l'initiative pragmatique.

Nous retiendrons surtout que Kahlbaum a constaté chez ces jeunes gens une atteinte démentielle bien moindre qui porterait selon Monod sur les fonctions nobles du cerveau que sont la sensation, l'élaboration et la réaction ; ce qui traduirait d'après les conceptions plus récentes, la sous-jascence du processus dissociatif à un degré moindre. Cette connaissance des fonctions intellectuelles de ces patients s'est trouvée enrichie ces dernières années par une plus grande pratique des tests de niveaux.

II. TRAITS DE PSYCHOLOGIE PSYCHOTIQUE

A. De la psychologie de ces patients Kahlbaum n'a rien dit de très précis si ce n'est qu'ils ressemblent aux Hébéphrènes,

qu'ils ont un caractère infantile et sont très égoïstes, n'arrivant pas à sublimer ou contrôler cet égoïsme. Il faut se rappeler que Kahlbaum a crée cette catégorie de patients surtout pour répondre à cette critique que tous les Hébéphrènes n'évoluent pas vers la démence.

Ainsi l'Héboïdophrénie devenait la forme diminutive de l'Hébéphrénie avec toutes les caractéristiques de celles-ci mais sur un mode mineur et prenant par là l'allure d'une forme particulière de Folie Morale.

L'étude de la psychologie des Héboïdophrènes s'est notablement complétée et précisée par la suite pour arriver à cette description que nous allons aborder maintenant.

a) Kahlbaum dit de ces malades qu'ils ne présentent pas d'idées délirantes et, à ce propos, les auteurs après lui seront moins formels. En fait on ne relève jamais d'épisode délirant massif et franc, mais en analysant finement la biographie, en fouillant les antécédents, on retrouve assez fréquemment des petits épisodes transitoires d'esquisses délirantes.

Par exemple le patient B qui se met à invectiver les autres malades sous des motifs fantaisistes, Il se dit persécuté, et interné en Hôpital Psychiatrique pour des raisons politiques et religieuses mais il ne semble pas y croire vraiment. Il donne l'impression de jouer, de se construire un petit scénario dans lequel il est en butte aux autres, donc en droit de se défendre et de les agresser. Il est très facile de le ramener à la raison et de lui prouver l'absurdité de ses idées, il en convient mais ne veut pas démordre de cette agressivité qui lui semble nécessaire dans ses relations à autrui.

En fait ces patients sont assez rarement sujets à de telles interprétations délirantes et quand bien même ils le seraient, les idées délirantes sont plutôt manifestées verbalement que vécues effectivement ; la conviction délirante n'est jamais très profonde.

Rarement sont relevées des expériences d'étrangeté, d'influence ou de dépersonnalisation ou alors elles sont très brèves et passagères, vécues sur un mode onirique, le patient n'y attachant pas une grande importance.

b) Heuyer a décrit chez les Héboïdophrènes un syndrôme de triple discordance affective, intellectuelle et pragmatique, exprimant par là l'ambivalence , la bizarrerie, l'impénétrabilité de la conduite de ses patients.

- pourquoi R se met-il à voler le jour même où il sort de l'Hôpital Psychiatrique sachant d'expérience qu'on l'y ramènera aussitôt ?

- comment comprendre M qui absorbe de la mort-aux-rats devant toute sa famille à la suite d'une violente dispute puis s'en va bien tranquillement au cinéma ?

Nous pourrions multiplier les exemples tendant à démontrer le caractère à la fois anarchique, incohérent et saugrenu du comportement de ces jeunes gens. Il ne serait besoin de parler que de leur instabilité professionnelle , de ces haines familiales électives, incompréhensibles, de leur délinquance dont nous avons vu précédemment qu'elle n'est que très rarement motivée par un intérêt personnel. Le comportement est empreint de cette discordance qui fait que bien souvent nous ne comprenons pas ces perturbations profondes.

c) Ces malades sont également décrits comme autistes. Ici il n'est pas question d'une existence autistique

au sens d'un monde impénétrable et chaotique mais dans celui d'une disposition caractérielle. Il s'agit de malades qui ont tendance à vivre retournés sur eux-mêmes, repliés dans les profondeurs imaginaires de leur conscience.

Guiraud a décrit chez les Héboïdophrènes ce qu'il appelle l'autisme morose, caractérisé par une perte de la joie de vivre avec tendance à la claustration et l'isolement dans une continuelle inquiétude hostile. On parle ici de personnalités ombrageuses.

Dans la biographie de nos malades, nous retrouvons très souvent ces traits de caractère ; il s'agit d'enfants très sages, s'amusant seuls ne dérangeant pas leurs parents. A l'école ils n'ont souvent pas de camarade, plus tard s'ils font partie d'une bande ou d'un club, ou d'une secte, c'est toujours de façon très épisodique.

Au service nous avons pu observer assez fréquemment cette attitude de repli. Par exemple G qui, par périodes, passe des heures dans une encoignure, près d'un radiateur, relevant sa veste et le col de celle-ci afin d'y enfouir sa tête. En plus de cela il s'est fait prescrire des lunettes aux verres teintés, et qui sont si sales qu'elles en deviennent quasiment opaques. Il manifeste par là son hostilité à tout contact et son désir d'isolement.

d) Le négativisme est également un des traits de caractère de ces patients. Ce peut être l'obstination dans le refus de tout contact avec qui que ce soit ou plus souvent un négativisme plus subtil se traduisant par un contact ironique, boudeur ou dédaigneux avec autrui.

Des auteurs avec Guiraud parlent de résistance violente négativiste à propos de ces nombreux troubles du

caractère, notamment de cette opposition brutale, aveugle et sans raison à des actes sans importance, commandés par la discipline sociale. Il s'agit ici en quelque sorte d'un négativisme à affinité caractérielle et sociale.

e) très souvent ces jeunes gens sont apragmatiques, ils frappent même la curiosité par l'absence de véritable préoccupation pragmatique de l'avenir. Présentant généralement une certaine déficience des pulsions instinctives et une réduction des objets investis, ils sont peu actifs, témoignent d'un défaut d'intérêt pour l'activité courante.

- citons l'exemple de B qui, renvoyé du lycée vers l'âge de 15 ans n'aura jusqu'à 24 ans pratiquement d'autre occupation que de surveiller quelques poules. En fait il passe le plus clair de ses journées en promenades et en rêveries dans la campagne.

- à l'école aucun de nos patients ne s'est montré très travailleur ; G que ses parents ont essayé de pousser au maximum a péniblement atteint la classe de seconde à 18 ans.

Quand ils ne quittent d'eux même leur travail et pour des motifs bien souvent curieux, ces adolescents sont souvent renvoyés par leur employeur pour incurie ou travail non satisfaisant.

Ainsi que nous venons de le voir, la psychologie générale des Héboïdophrènes est très proche de celle des Schizophrènes dans la mesure où il s'agit de malades autistes, négativistes, apragmatiques avec des signes de discordance. Mais signe négatif important, ces patients n'extériorisent presque jamais d'idées délirantes, ou de façon très fugaces et l'on note l'absence ou une discrètion extrême des phénomènes majeurs de dépersonnalisation. Il faut remarquer que cet autisme, ce négativisme ou cet apragmatisme sont plus

des ébauches que des tendances très ancrées.

B. Outre ces caractéristiques psychologiques très évocatrices de Schizophrénie il est quelques traits de caractères que nous avons rencontrés assez fréquemment aussi dans nos observations de patients.

a) Tout d'abord nous mentionnerons cette apparente perversité de nos patients qui a fait que longtemps on les a considérés comme des "moralinsanes", pour en faire, seulement depuis Kahlbaum, une forme clinique de la "Moral Insanity" puis une forme atténuée d'Hébéphrénie.

Mais alors, que le déséquilibré pervers est mû impulsivement à mal faire et à faire du mal, l'Héboïdophrène s'il fait mal c'est en raison d'une compréhension para-logique des situations.

S'il se fâche ou rentre dans des colères clastiques, il semble que ce soit mû par une tendance du type de cette "recherche des satisfactions instinctuelles agressives les plus archaïques, dans lesquelles le plaisir est lié à la destruction de l'objet" pour reprendre les termes de Henri Ey. Cette attitude ne répond pas au système désir-tension, plaisir-détente, il n'y a pas de plaisir différencié, en tout cas pas d'organisation systématique, répétitive. Les manifestations sont fortuites, témoignent d'une mauvaise perception du réel.

Les réalisations perverses de ces malades n'ont pas le cachet du déséquilibré elles n'ont de pervers que l'apparence et elles s'en différencient, comme nous l'avons vu, par le manque de ténacité, de bénéfices égoïstes, immédiatement évidents ; elles manquent de souplesse et d'habileté.

Analysant cet aspect du comportement de nos malades, Mme Mackensen dit : "quelle que soit la représentation idéique ayant amené le malade à se conduire ainsi, il est à penser que l'hostilité en était absente et que les actes commis étaient imputables plutôt à l'insensibilité morale".

Du fait de cette insensibilité morale il ne semble plus possible de parler d'attitude perverse, le sujet n'étant pas sensible à la notion de loi, de règles, de morale. L'héboïdophrène ne se retire pas comme l'Hébéphrène dans un monde autistique aliénant, il vit encore dans la société, mais avec des tendances autistes. Cette introversion ébauchée, un début de perte du contact avec la réalité, son caractère en opposition au monde extérieur, sont à l'origine de ces conflits, actes anti-sociaux et troubles du comportement qui font penser que ces malades peuvent être des déséquilibrés pervers.

Pervers par son comportement apparent, l'Héboïdophrène est en réalité un psychotique si l'on se rapporte au sens et à la motivation de cette perpétuelle rebellion.

b) Les traits de caractère de type psychotique que nous avons décrits plus haut comme apparaissant chez l'Héboïdophrène mais sur un mode mineur conditionnent quelques unes de ses attitudes :

- l'autisme se traduit chez ces patients par des rêveries éveillées compensatoires et des fantasmes mégalomaniaques.

. prenons pour illustration R qui lance des invitations au personnel infirmier, les invitant tous à venir se restaurer à ses frais dans le plus luxueux restaurant de Strasbourg.

. ou citons M qui, lorsqu'il sortira de l'Hôpital Psychiatrique se mariera avec la fille d'un industriel et ainsi le fils d'ouvrier qu'il est pourra vivre sans avoir à travailler.

- Ces rêveries éveillées s'expriment parfois aussi dans des prétentions intellectuelles toujours aussi peu réalistes. Celles-ci s'accompagnent d'un sentiment de qualité particulière, opposée dédaigneusement au milieu ambiant.

G s'extirpant parfois de son encoignure près du radiateur vient exprimer au médecin son intention de poursuivre ses études, de s'inscrire en Faculté à l'Institut de journalisme. Quand on lui rétorque qu'il n'a pas le baccalauréat donc ne peut espérer être inscrit en Faculté, il donne l'impression d'être quelque peu dérangé dans ses projets ; mais quelques minutes après il revient à la charge exprimant combien l'étude du journalisme lui plairait.

Toujours le même G se plaint continuellement d'être incompris dans ce milieu de reîtres et de rustres qui l'entrourent. Ces gens ne sont pas du même milieu que lui ; parce qu'il a fréquenté le lycée jusqu'en seconde, il est un intellectuel et pour cette raison ne veut aucunément avoir à s'occuper dans un atelier d'ergothérapie.

Ce sentiment de qualité particulière opposé dédaigneusement aux autres s'exprime de façon très expressive dans son désir de se faire psychanalyser. Il demande un traitement qu'il sait, pour l'avoir entendu de la bouche de la psychologue, que l'on ne peut proposer à n'importe qui et qui requiert des conditions précises quant au niveau intellectuel et à la situation financière par exemple.

- Revêtant sensiblement la même signification que ces fantasmes de supériorité et ces prétentions intellectuelles, les Héboïdophrènes extériorisent fréquemment des velléités artistiques, en fait plus rêvées que réalisées concrètement.

G veut, en association avec M, écrire des contes pour enfants et des poèmes ; ils s'attellent tous deux à une machine à écrire et bien péniblement tapotent quelques lignes sans grand intérêt.

B se veut chroniqueur et raconte dans des lettres sans fin, la vie du service , espérant secrètement

que les médecins garderont sa prose. Il est ravi de constater un jour que son dossier médical déborde de ces lettres et revient quelques instants après confier à l'interne un paquet de plusieurs centimètres de haut de ses écrits qu'il avait encore en réserve...

- Si ces quelques traits que nous venons de relever semblent traduire les tendances autistiques de ces patients il en est quelques uns que nous allons énumérer qui rendent plus compte de l'aspect négativiste de leur personnalité.

Les entretiens que nous avons avec ces patients se déroulent souvent suivant une tonalité ludique exacerbée. Ces jeunes gens ont fréquemment un contact d'ironie et de raillerie et l'on sent sous-jascent à ce comportement, un certain degré d'hostilité envers l'interlocuteur.

Ce négativisme que nous avons vu être surtout à affinité caractérielle et sociale rejoint la tendance aux rêves éveillés et le sentiment de qualité particulière dans le désir fréquemment exprimé par ces jeunes gens de s'expatrier, de changer de nationalité.

R. veut quitter l'Alsace et partir vers la Côte d'Azur où il espère faire peau neuve, en quelque sorte faire fortune et tirer un trait sur son adolescence de délinquant et ses nombreuses hospitalisations en milieu psychiatrique.

G. veut aller en Suisse, après avoir réalisé ses hypothétiques avoirs, vivre dans le pays de son enfance heureuse.

M. prendra un bateau et naviguera sur les Mers du Sud, loin de la France, à l'aventure.

B. rêve de retrouver la Dordogne où il a passé son adolescence à garder quelques poules et surtout à rêver et se promener dans la campagne.

Tous ressentent assez confusément le malaise issu de leur insertion défectueuse dans la société et pensent que c'est parce que jusqu'à présent ils ont vécu dans un milieu impossible qui ne les comprenait pas. Voguant vers d'autres rêves, arrivant dans d'autres contrées ils pourront enfin vivre comme ils le rêvent.

C. EVOLUTION.

En abordant la description des modalités évolutives de cette affection nous rappelerons quelques particularités déjà mentionnées dans notre aperçu historique en tête de ce travail. En 1863 puis avec son élève Hecker, en 1871, Kahlbaum a décrit une maladie mentale se terminant rapidement dans un tableau de démence, n'apparaissant qu'au moment et sous l'influence de l'évolution pubérale, il l'appelle Hébéphrénie.
Mais, pressé par les critiques de ses contemporains, qui contestent l'issue inéluctable de tous les cas d'Hébéphrénie dans la démence, il va retirer ce qu'il y a de trop absolu dans sa première description. Il propose d'admettre une deuxième forme atténuée, légère, curable, qu'il appelle Héboïdophrénie .

Par rapport aux autres formes avérées de Schizophrénie, l'Héboïdophrénie se singularise par une évolution et un pronostic moins sombres. Tous les auteurs qui ont repris et complété cette description de Kahlbaum se sont attachés également à mettre l'accent sur la relativement bonne conservation de la personnalité de ces patients sans dissociation bien marquée. Ceci fait que l'on ne doit pas s'attendre à trouver tous les Héboïdophrènes internés en Hôpital Psychiatrique ou incarcérés en prison. Un grand nombre arrive à vivre en société cahin-caha, tant bien que mal, Il est possible de les retrouver dans des bandes de délinquants, dans certains milieux excentriques et artistiques ou tout bonnement en famille si celle-ci est assez tolérante et habile à circonscrire le scandale occasionné par les troubles caractériels.

Outre que ces patients n'aboutissent pas à une dissociation marquée comme leur appartenance au groupe des Schizophrènes pourrait le présupposer, ils évoluent

suivant un mode également très caractéristique. En effet, nous pouvons représenter schématiquement l'Héboïdophrénie comme constituée par un état pré-psychotique permanent évoluant à bas bruit, sur lequel se greffent des phases paroxystiques. Ces paroxysmes sont le plus souvent des épisodes caractériels aigus, mais ils peuvent consister aussi en l'accentuation de moments psychotiques, réalisant une aggravation temporaire, très brève, du fond pré-psychotique sous la forme de petites bouffées délirantes interprétatives, de cours épisodes d'agitation incohérente pseudo-maniaques ou de fugaces épisodes de dépersonnalisation, d'étrangeté.

Considéré sous l'angle de la dissociation, hormis ces brèves accentuations du fond pré-psychotique, les Héboïdophrènes ne semblent pas très atteints dans leur personnalité. Et ce ne sont pas tant ces légers troubles psychotiques qui alourdissent le pronostic, que cette perpétuelle délinquance, ces troubles caractériels, qui font de ces jeunes gens des inadaptés. L'internement vient souvent débarasser la famille et la société des tracasseries occasionnées par la perpétuelle inadaptation socio-familiale de ces patients. Certes, sous l'effet des thérapeutiques sédatives, et au bout de quelques mois d'hospitalisation il est possible d'observer une certaine relâche des moments caractériels, mais il est bien rare de ne pas les voir réapparaître aux premières tentatives de recyclages dans la vie en société.

Abordons à présent l'illustration clinique de ces quelques données théoriques avec les observations rapportées dans ce travail :

> B constitue une excellente illustration de cette modalité évolutive propre à l'Héboïdophrénie. En effet depuis l'âge de 27 ans il est interné en Hôpital Psychiatrique ; il s'agit maintenant d'un adulte de 41 ans auquel l'âge ne semble pas avoir

donné beaucoup de sagesse. Dans le service il arrive toujours à créer des histoires afin d'être en guerre avec les infirmiers ou certains autres malades. N'ayant de contact avec l'extérieur que par l'intermédiaire de sa soeur ou de l'assistante sociale, il adore choquer celles-ci par des remarques désobligeantes ou une attitude systématique d'opposition.

En filigrane à cette attitude caractérielle se dessine un état pré-psychotique, léger, mais permanent, et qui présente parfois des paroxysmes sous forme de crises d'agitation incoordonnée ou de recrudescence de troubles du cours de la pensée (que le patient appelle son "épileptoïdie congénitale").

En dehors de ces moments caractériels et de ces fugaces épisodes de décompensation psychotique, B n'extériorise que très peu de signes de dissociation : il s'exprime très clairement dans une langue sensée et riche et il sait faire preuve d'une grande vivacité d'esprit si l'on en juge par toute l'ironie, la présence d'esprit, la perspicacité dont il fait montre pendant ses entretiens avec les médecins. Après 13 années passées en H.P. sans jamais en être sorti on serait en droit d'attendre un certain tassement de la personnalité de ce patient ; il n'en est rien, et bien au contraire, il se dit tout disposé à venir vivre en ville et se trouve en mesure, dit-il, de vivre hors de l'H.P.

Après cet exemple très significatif je ne ferai que rappeler très rapidement les 3 autres observations :

G connait la vie asilaire depuis 10 ans, son attitude caractérielle n'a pas fondamentalement changé si toutefois elle a présenté des hauts et des bas. Les traits de psychopathologie psychotique sont toujours très frustes se traduisant surtout dans un caractère austiste, apragmatique et oppositionniste, disparaissant totalement par période, pour friser le véritable état catatonique à d'autres moments. Toutefois les entretiens avec lui se déroulent de façon très satisfaisante n'objectivant pas de signe important de dissociation. Tout juste chez G peut-on constater une plus grande pauvreté dans ses relations avec autrui résultant sans doute de l'ambiance appauvrissante d'une vie asilaire.

R : plus jeune que les 2 précédents entre dans sa 10è année d'hospitalisation. A part une fugue il y a quelques semaines les manifestations caractérielles se sont atténuées, de même que les signes psychotiques, qui ne se retrouvent plus à l'examen clinique si toutefois ils sont encore manifestés aux tests projectifs. Le patient prépare sa sortie et en bon Héboïdophrène tire des plans de voyage veut quitter l'Alsace, sa famille et l'Hôpital Psychiatrique pour s'installer à Nice.

M est le plus jeune en âge et aussi en ancienneté dans l'Hôpital. Après 2 années en Hôpital Psychiatrique l'évolution semble stationnaire, caractérisée surtout par des moments caractériels ayant cette particularité de se manifester surtout pendant les congés d'essais hors de l'Hôpital Psychiatrique. Le mode évolutif dans ce cas est un peu différent

en ce sens qu'on observe presque une activité cyclique : sur un fond permanent d'apragmatisme à thymie légèrement dépressive, surviennent tous les 4 à 5 mois des petites périodes, durant une quinzaine de jours, d'hyperactivité pseudo-maniaque mettant assez nettement à jour des signes infra-cliniques de dissociation.

Ce qui réalise l'originalité de l'Héboïdophrénie dans le cadre des Schizophrénies c'est donc cette modalité évolutive propre qui fait que ces patients n'évoluent jamais vers une dissociation bien nette de leur personnalité laissant ainsi une porte plus grande ouverte aux approches thérapeutiques.

Deuxième point important dans l'évolution de cette affection c'est la survenue d'épisodes paroxystiques régressifs, caractériels parfois, psychotiques d'autres fois, sur un fond caractériel et pré-psychotique.

D. PROBLEMES DIAGNOSTICS.

I. DIAGNOSTIC POSITIF.

Sans revenir ici sur la description clinique de l'Héboïdophrénie nous rappelerons encore, pour conclure, cette bipolarité de l'affection, toujours définie entre ces 2 pôles que sont le Déséquilibre Psychopathique et les formes avérées de Schizophrénie.

Cette étude clinique nous a permis de constater qu'il semble bien exister une forme particulière de Schizophrénie dans laquelle apparaissent en premier plan les troubles caractériels très prononcés, ceci sur un fond de symptômes communs fondamentaux, ici des plus discrets en dehors des phases aigües. Cette forme tend à se distinguer encore par des exacerbations en poussées psychotiques, d'aspect résolutif, et par l'absence d'une véritable désagrégation ou déchéance terminale, ce qui implique un meilleur pronostic à long terme, au moins sur le plan individuel si ce n'est sur le plan social.

II. REMARQUES NOSOGRAPHIQUES.

L'Héboïdophrènie apparaît bien comme un cas limite se glissant entre les formes cliniques de type psychotique du Déséquilibre Psychopathique, et les formes pseudo-psychopathiques de Schizophrénie. Pour la psychiatrie allemande , que l'Héboïdophrénie se définisse par rapport à l'Hébéphrénie, qu'elle soit englobée dans la "Dementia praecox", qu'elle réalise une variété de "Dementia Simplex", elle fait de toute façon partie du groupe des Schizophrénies. Actuellement la psychiatrie anglo-saxonne range ces patients parmi les Hébéphrènes, étant donné que pour elle la notion de Schizophrénie n'exige pas la manifestation d'un processus dissociatif très profond.

Au contraire, en France, on a longtemps hésité avant de ranger ces patients dans le cadre de la Schizophrénie ; ceci peut expliquer que l'on trouve de telles descriptions cliniques même dans le cadre des études sur le Déséquilibre. On s'est préoccupé d'abord de définir l'Héboïdophrénie par rapport au Déséquilibre avant de la considérer comme une variété de Schizophrénie.

Ce sont sans doute ces différences de conception qui ont fait dire à Henri Ey que la classification "... de ces formes les plus discutées" présente des difficultés.

III. ETAPE DU DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL.

1. Diagnostic différentiel avec les perversions instinctives :

Nous ne reviendrons pas sur tous les points qui permettent cette différenciation puisque nous en avons déjà fait mention dans l'étude clinique qui précède. Nous mentionnerons peut être un point sur lequel nous ne nous sommes pas beaucoup arrêté : alors que le déséquilibré très tôt manifeste les premiers signes de perversion instinctive, les troubles du comportement chez les Héboïdophrènes frappent d'autant plus d'étonnement les familles, qu'ils surviennent soudainement chez un jeune qui, antérieurement, ne se manifestait aucunement de la sorte.

Pour reprendre les termes de Chazaud : "... l'Héboïdophrène est de plus, bien loin de s'adonner au mythe du Héros qui est celui du déséquilibré à Moi narcissiquement fragile mais déjà identifié. Il en est encore à lutter à mort pour se dégager de l'objet, dans une recherche de sa personne et au minimum d'un rôle, aussi grinçant soit-il..."

De même il faudra éliminer les troubles caractériels post-encéphalitiques qui présentent des analogies avec

ceux des épileptiques. Le déclenchement impulsif, le caractère stéréotypé et itératif, le manque de calcul et de préméditation, les regrets qui peuvent les suivre constitueraient autant de traits qui permettent de les distinguer.

2. L'Héboïdophrénie dans le cadre des Schizophrénies :

a) Héboïdophrénie et troubles caractériels au début de la Schizophrénie.

Les troubles caractériels représentent souvent, au cours de phases initiales d'un psychose endogène ou d'une psychose organique, les manifestations pathologiques prédominantes. Dans les psychoses déjà manifestes, ou dans les processus démentiels en pleine évolution par contre , les troubles du caractère sont uniquement l'expression d'une fraction de la symptomatologie totale, n'ayant aucune valeur spécifique, du moins dans la mesure où ils sont masqués par d'autres manifestations (par exemple la destruction de l'intelligence chez le dément, ou, dans les psychoses schizophréniques, le syndrome d'automatisme mental).

Une exception est constituée par le cas de ces jeunes malades dont les troubles qui peuvent être considérés comme psychotiques, se manifestent surtout ou presque exclusivement sous la forme de troubles caractériels. En quoi ces troubles sont-ils différents de ceux considérés comme prodromes d'une psychose endogène ou de ceux réalisant une fraction de la symptomatologie totale de la dite psychose ?

- qu'il s'agisse dans nos observations d'authentiques schizophrènes est démontré par la possibilité d'y retrouver à certains moments le fond commun des troubles fondamentaux. Mais ceux-ci sont relativement discrets ;

dissociation, catatonie, délire n'y sont que des limites transitoires, cependant toujours extériorisables lors des relâches caractérielles.

- en face d'un jeune homme que l'on pense être un héboïdophrène qu'est-ce qui peut nous faire dire qu'il ne s'agit pas d'un épisode de troubles du comportement annonçant le proche envahissement par le processus schizophrénique ? réalisant les prodromes d'une hébéphrénie ?

. l'Héboïdophrène, quand il est présenté au psychiatre, peut bien souvent déjà faire état d'une biographie de déséquilibré avec, depuis des mois ou des années, de nombreux troubles caractériels et une grande inadaptation familiale et socio-professionnelle. Alors que les troubles de l'Hébéphrène sont récents, étonnent par leur survenue brusque et ont aussi déjà un cachet démentiel par une certaine absurdité dans les motivations et maladresse dans la réalisation.

. l'Hébéphrène qui présente , comme première anomalie, des troubles du comportement ne donne pas l'impression d'une personnalité perverse mais plutôt celle d'une personne déjà aliénée. En effet, les troubles qu'il présente peuvent être compris dans un vécu délirant, qu'une étude précise du sujet permettra de sentir et de mettre en évidence.

. argument primordial, l'évolution, permettra de trancher le problème. S'il s'agit d'un Hébéphrène on verra s'installer rapidement le processus schizophrénique, les troubles du caractère n'étant plus alors uniquement que l'expression d'une fraction de la symptomatologie totale, cédant le pas devant la séméiologie psychotique.

Mais dans ces cas, il serait important, eu égard aux pronostics différents dans l'une et l'autre forme, de pouvoir porter un diagnostic assez rapidement. Dans les cas difficiles, outre l'examen clinique minutieux et répété on pourra s'aider des différentes batteries de tests psychologiques projectifs et de niveau.

Bleuler dans toute son autorité, affirmait que le sort de l'Héboïdophrènie était d'évoluer vers l'Hébéphrénie ; ces malades qui unissent des troubles du sentiment social, du tact et de la conduite, aux troubles formels de la pensée, devaient selon lui évoluer en s'intégrant au seul groupe solide de l'Hébéphrénie de Hecker. Le moment caractériel ne semblerait justement réaliser qu'un moment, un simple délai avant que ne survienne une régression plus profonde dans le passage de l'ambiguité à la discordance.

Mais les observations retrouvées dans la littérature et celles que nous avons pu faire personnellement nous permettent de nous inscrire en faux contre cette idée de Bleuler.

Certes ainsi que cet auteur le mentionne, il est des troubles caractériels qui ne sont qu'un moment privilégié précédant le passage à une forme psychotique plus profonde ; mais il existe aussi ce type de malades que réalisent les Héboïdophrènes qui présentent en permanence des troubles caractériels sans jamais aborder une décompensation psychotique durable de leur personnalité.

Cette différence dans les modalités évolutives de ces deux types de caractériels justifie que l'on en fasse nettement la différence.

b) Héboïdophrénie et Schizophrénie simple.

- Par la discrètion ou l'aspect transitoire des signes de schizophrénie chez les Héboïdophrènes, on pourrait

trouver justifié de ranger ces patients sous la rubrique Schizophrénie Simple. Il est certain que ceux-ci, tant par l'atténuation des symptômes et la conservation de la personnalité, que par l'absence de crises psychotiques aiguës ou de modification schizophrénique notable, se différencient des formes majeures de Schizophrénies. Mais c'est sur l'opportunité de ranger l'Héboïdophrénie sous la rubrique de Schizophrénie Simple, ou, au contraire, de la confirmer dans son individualité propre que l'on observe quelques divergences d'opinion.

Certains auteurs pensent que si, à première vue, cela semble possible, on peut toutefois trouver des différences dans l'absence, au contraire des Héboïdophrènes, de troubles du comportement à type de perversions instinctives ou dans l'absence de phases aiguës, chez les schizophrènes simples.

Au contraire, Mme E. Kameneva par exemple, dans son article sur "les formes légères de la schizophrénie", regroupe sous la même houlette ces formes pseudo-psychopathiques, pseudo-névrotiques, les démences simples, schizophrénies simples ou frustes, les opposant aux formes psychotiques avérées.

Le problème devient particulièrement ardu de vouloir établir une étude de diagnostic différentiel entre l'Héboïdophrénie et toutes ces variétés que sont la schizophrénie mineure, la schizoïdie, les schizomanies, les schizonévroses, la schizophrénie pseudo-névrotique etc... En effet, suivant les conceptions des auteurs l'Héboïdophrénie s'est trouvée plus ou moins englobée dans ces différents concepts qui se recoupent les uns les autres.

Nous pensons qu'il faut surtout retenir que l'Héboïdophrénie est une des formes légères de la Schizophrénie et que son apparente ressemblance avec le Déséquilibre par les troubles du sentiment social, du tact et de la conduite permet d'en réaliser une description originale.

E. SYNTHESE DES EXAMENS PSYCHOLOGIQUES DE NEUF HEBOIDOPHRENES.

Ces neuf cas ont été adressés à la psychologue avec un premier diagnostic de schizophrénie : l'éventualité d'un diagnostic d'héboïdophrénie ne lui a été communiqué (pour des raisons de chronologie) qu'après les examens psychologiques.

Or le dépouillement des tests de ces neuf cas avait déjà retenu l'attention sur des points très particuliers concernant :

- certains aspects paradoxaux du comportement,
- mais surtout les résultats aux tests,

points qui contrastaient de façon flagrante avec les modèles auxquels il était permis de les renvoyer dans la mesure où le diagnostic de schizophrénie était posé.

I. EXPOSE DES RESULTATS BRUTS.

Batterie de test comprenant : Wechsler
Rorschach
T.A.T.

Des neuf cas étudiés, on a pu isoler d'emblée deux groupes au vu de l'identité des résultats aux tests : l'un comprenant 7 cas et l'autre 2.

Ci-dessous nous apporterons les conclusions d'un cas du premier groupe (OH. Fr) qui comprend 7 malades, et un autre du 2e groupe (Al. Gen.).

Cas OH. Fr.

a) WECHSLER.

- Echelle verbale QI 99
- Echelle performance QI 117
- Ensemble QI 108

Résultats : très hétérogènes et dispersés d'un niveau très supérieur à médiocre.

Intelligence : on note plus particulièrement un niveau très médiocre des fonctions mnésiques du raisonnement arithmétique ; un bon ensemble moyen des fonctions d'abstraction, de conception, d'analyse et d'organisation spatiale.

De l'ensemble se dégage une intelligence de type nettement pratique (avec important décelage verbal-performances), parfaitement adaptée au réel, à une tâche concrète, à l'exploitation egocentrique d'une situation, tous éléments paradoxaux dans un cas de schizophrénie, évoquant un aspect très psychopathique.

Quelques éléments pouvant renvoyer à la série schizophasique méritant cependant d'être retenus, tels :
"Oeil et oreille sont des moyens de persuasion"
"Des clochards qui clochent".

b) RORSCHACH.

R = 20 F % = 40 % $\frac{K}{e} = \frac{5}{2,5}$

$\frac{K}{E} = \frac{3}{I}$

3 = 20 %

Protocole riche et varié dont la structure maintient une certaine façade.

Intelligence : elle apparaît ici de tendance théorique, globalisatrice, capable d'une structuration élaborée. Pensée riche créative mais très perturbée par la charge affective qui déborde les capacités de contrôle intellectuel. Défenses intellectuelles de l'ordre de la mise à distance agressive, rationalisme morbide, maniérisme.

Affectivité : très introversive, infantile. Le mode d'appréhension des relations interpersonnelles est très ludique, renvoyant aussi bien à l'immaturité qu'au désinvestissement affectif. Grosse impulsivité sous-jacente dans une opposition rationnalisée. Affaiblissement du dynanisme avec risque de décompensation psychotique dans une situation de tension soudaine.

On note une très forte angoisse centrée sur la perception d'un danger concernant l'intégrité psychique et d'une destructuration de type psychotique.

On relève enfin de nombreux éléments évoquant une structure schizoïde et un processus de décompensation psychotique (tendance à l'abstraction, au rationnalisme, réponses contaminées, néologisme, réponses originales, bizarres, horribles, étranges, ex : "Deux têtes de nouveaux-nés qui tirent une langue fourchue, les yeux en haut, d'une autre planète parce que c'est pas beau à voir" (réponses dégradées, références personnelles, diminution de la conscience interprétative).

En conclusion : Personnalité immature et introversive, mobilisant une énergie dynamique explosive dans des défenses de type obsessionnel contre la forte angoisse phobique d'un vécu de décompensation, contre le danger d'agression psychique, et dont les éléments évoquent un processus d'installation schizophrénique.

c) T.A.T.

Apparaît ici un aspect très extérieur d'activité sociale, tourbillonnante, de façade subexitée et psychopathique masquant une angoisse diffuse insuffisamment jugulée par des défenses obsessionnelles.

Conclusion de l'examen psychologique.

Les tests de niveau font apparaître un bon niveau intellectuel chez une personnalité superficiellement bien adaptée à la réalité et évoquant un aspect psychopathique.

Parmi les tests projectifs, il faut distinguer le RORSCHACH dont les éléments renvoient très nettement à un vécu dissociatif et le T.A.T. qui montre une bonne adaptation sociale superficielle également de type psychopathique.

Cas Al Gen.

a) WECHSLER

QI verbal : 112
QI performance : 97
QI ensemble : 106 - Détérioration de 19 %

Intelligence de type théorique. On note des difficultés d'adaptation dans le domaine pratique. Les éléments du test confirment les caractères schizoïdes.

b) RORSCHACH :

protocole évoquant une structure schizophrénique.

c) T.A.T. : confirmation du test de Rorschach.

II. SYNTHESE DES RESULTATS AUX TESTS.

1. Premier groupe (7 cas sur 9).

L'attention au cours de ces examens psychologiques a été attirée d'emblée sur ceci que les résultats obtenus aux tests ne rendaient pas entièrement compte du diagnostic de schizophrénie proposé en introduction à l'examen. En effet du profil du Wechsler et des résultats au T.A.T. ressortent des traits plus conformes à une structure psychopathique que schizophrénique.

Toutefois une certaine hétérogénéité se manifeste dans la synthèse des résultats aux trois tests utilisés. Si le Wechsler et le T.A.T. ne correspondent pas au diagnostic proposé, par contre au Rorschach on a retrouvé chez tous ces patients une structure schizoïde.

Les conclusions de tous les tests sont à peu près identiques et amènent à des considérations de deux sortes :

- les tests de niveaux ne correspondent pas au modèle auquel renverrait un diagnostic de schizophrénie,
- les conclusions des tests de niveaux d'une part, des tests projectifs de l'autre, sont en opposition manifeste, puisqu'elles évoquent une bonne adaptation pragmatique, un bon rendement concret, et des éléments psychopathiques, en regard d'une désadaptation, d'un désinvestissement, voire d'une dissociation de caractère schizoïde ou schizophrénique à l'ensemble des tests projectifs dans certains cas, au Rorschach seul dans d'autres.

L'apparente hétérogénéité des tests : à première vue étonnante sinon embarrassante, elle est cependant rapidement éclairée à la fois par les hypothèses objectives que l'on peut formuler concernant les modes d'appréhension et les niveaux très différents auxquels touchent les différents tests, et par le tableau clinique où l'on retrouve le même paradoxe de coexistence d'aspects parfaitement adaptés à l'exploitation de la réalité, à son utilisation égocentrique et narcissique, et d'éléments schizoïdes, dissociatifs et autistiques.

Signes renvoyant au pattern de schizophrénie au Wechsler.

Il faut rappeler que l'un des critères fondamentaux sur lesquels repose la conception du pattern de schizophrénie au Wechsler est celui de la prédominance verbale sur les performances, expression non de la qualité du verbalisme schizophrénique, mais du trouble du lien avec le Réel, du désinvestissement et donc de la désadaptation concrète.

Or dans les cas évoqués, des profils émerge précisément le contraire, c'est-à-dire une particulière adaptation à une tâche concrète, la possibilité supérieure d'exploitation de la réalité (dans un domaine d'ailleurs très sélectif qui est celui de la relation directe avec l'objet sur lequel le sujet agit sans l'intermédiaire de l'Autre ; cet aspect rappelle une appréhension centrifuge de la réalité qui émerge par ailleurs au Rorschach, pour aboutir à une forme qui peut être une fin rassurante. On comprend ainsi que c'est aux Assemblages que ces sujets ont une réussite supérieure, puis ensuite aux Kohs et aux Code, moins formels et gratifiants quant au résultat).

En conclusion nous dirons, au sujet de cette double opposition des domaines verbal et performances entre eux et par rapport à ceux de la schizophrénie chez ces 7

sujets, que d'abord elle évoque une appréhension psychopathique du Réel (infantile, égocentrique, impulsive, barrant l'Autre dans un tourbillon sécurisant vers le concret) et qu'en cela elle s'oppose au pattern de la schizophrénie par la conservation de l'adaptation superficielle.

Signes renvoyant à la schizophrénie au Rorschach.

On a vu que les tests de ces 7 cas sont dans l'ensemble très homogènes et évoquent tous une structure schizoïde ou schizophrénique. Il y a là cependant aussi certains points inhabituels dans des protocoles de schizophrènes principalement la conservation du contact humain profond (sous forme d'H % élevé). Il émerge une possibilité d'identification non fixée, de recherche anxieuse d'un Autre non reconnu comme tel et appréhendé sur un mode narcissique de sécurisation de l'angoisse, de revendication affective abandonnique, contrastant fortement avec le contact humain tel qu'il émerge dans un protocole de schizophrène.

Il semble donc qu'à un niveau profond de la structure de la personnalité et des mécanismes de défense on rejoigne ici la structure schizophrénique avec la différence d'une conservation du contact humain virtuel comme ressort vers l'extérieur.

T.A.T. : l'ensemble des résultats est plus banal et renvoie à une appréhension des relations superficielles du sujet avec la Réalité - rappelant en cela la relation déjà évoquée aux Performances - et l'Autre, relation de type psychopathique dans la plupart des cas.

Conclusion concernant les cas 1 à 7 :

L'étude des résultats des tests de ces 7 cas fait émerger au Wechsler une excellente adaptation concrète à l'utilisation du Réel - évoquant la psychopathie - confirmée au T.A.T où le type de relation avec l'environnement est également celui de la relation infantile, égocentrique et impulsive ; d'autre part le Rorschach renvoie de façon très nette à une structure schizoïde avec une conservation paradoxale même supérieure à la normale, du contact humain virtuel.

2. Deuxième groupe : (2 cas sur 9)

Au niveau des tests, les cas 8 et 9 se différencient du premier groupe par le fait qu'ils se conforment davantage à un modèle auquel peut renvoyer la schizophrénie. L'intelligence est de type verbal, l'adaptation à la réalité est affaiblie, les notions de rendement ne semblent pas entrer dans la thématique de ces sujets en situation d'examen.

Il est tentant de rendre compte de ces éléments par le passé hospitalier extrêmement long de ces deux malades par rapport aux autres cas hospitalisés eux, pendant des périodes relativement brèves. Cette explication semble très probable à la fois dans le sens d'une désadaptation progressive à la Réalité concrète, et dans celui d'une absence d'investissement, de stimulation provenant de cette longue hospitalisation. Ce que tendrait à confirmer le tableau clinique, puisque même ces deux malades conservent dans l'entretien, une étonnante adaptation et des capacités intellectuelles verbales encore vives et mobilisables sans évocation d'un affaiblissement intellectuel massif actuel.

III. Les neuf cas mentionnés ici se sont distingués en ceci que les résultats obtenus aux tests n'étaient pas conformes au modèle évoqué habituellement chez des schizophrènes. D'autre part on a observé une hétérogénéité des tests entre eux : Weschler et T.A.T. opposés au Rorschach (mais cette hétérogénéité n'est que superficielle puisqu'elle ne se maintient plus comme telle à l'analyse).

F. APPROCHES PSYCHOPATHOLOGIQUES.

Ainsi que nous avions pu le constater après l'étude, dans la première partie de ce travail, de l'évolution des idées sur l'Héboïdophrénie, jusqu'à l'époque contemporaine, les auteurs se sont surtout consacrés à la défense et l'illustration de l'Héboïdophrénie. Ce n'est que depuis la seconde partie du XXe siècle que l'on s'est attaché à chercher le sens de cette maladie.

- En effet il faut attendre la période toute à fait contemporaine pour voir avec Minkowski une étude de cette catégorie qu'il appelle "les attitudes schizophréniques". Il pense que ces attitudes peuvent être considérées comme des réactions de défense, de nature phénoménologique, contre la désagrégation schizophrénique. Avec Minkowski et Steck est introduite cette notion importante qu'il existe des schizophrénies que l'on pourrait appeler "plastiques"voiremême "extraversives", pouvant résister à la désagrégation finale par ce que Minkowski appelle "des prodiges d'équilibration à travers un système d'attitudes existentielles".

- Mme Mac Kensen dans sa thèse citée plus haut ("schizophrénie et conscience morale") parle également d'extraversion et cite Minkowski. Parlant de la chute éthique chez les schizophrènes et notamment chez les Héboïdophrènes, l'auteur pense que les réactions antisociales doivent être saisies comme : "... des manifestations de l'extroversion du malade. Ce sont des actes par lesquels le schizophrène, bien loin de se replier sur lui-même perdu dans un rêve imprécis, fait irruption dans le monde extérieur et impose l'idée de sa présence".

Les tendances caractérielles (au sens de la réaction) et revendicatrices, traduiraient ainsi la prédominance de l'instinct de défense, elles ne seraient que l'envers de processus d'hypermoralisation par lesquels certains

schizophrènes expriment un désir latent d'autopunition abandonnique.

- Dans la trajectoire ouverte par Minkowski puis Mme Mac Kensen viennent prendre une place très importante les réflexions que le Dr Chazaud a avancé dans sa thèse sur l'Héboïdophrénie. C'est surtout a lui que nous ferons référence dans ces quelques lignes consacrées aux hypothèses pathogéniques, en le citant abondamment.

Devant l'Héboïdophrénie on ne peut se préserver, dit-il, d'un certain sentiment de déception par le fait que le problème de cette affection ne paraît jamais faire appel à une structure, et encore moins à une Personne, mais se réduire de fait à un exercice de style posant un diagnostic à proprement parler "de luxe", d'états jusqu'alors considérés comme déséquilibrés ou hébéphréniques, selon les prévalences conjoncturales. Chazaud déplore que l'on n'ait pas approfondi plus avant non plus ce fait fondamental qu'est l'absence de déchéance terminale chez ces patients.

Partant de son expérience qui repose sur l'observation assez longue de plusieurs cas, ainsi que sur ses quelques tentatives psychothérapiques, il nous propose quelques réflexions d'ordre pathogénique et notamment son concept de Restitution. C'est à cette notion fondamentale de Restitution qu'il s'est personnellement attaqué dans son travail et c'est ainsi qu'il dit : "... ce n'est que près de nous, et en considérant la liaison intime entre les attitudes dites caractérielles et l'immunisation ultime contre la démence que l'on sent sous-jascente, que l'on parlera de restitution ou de défense dans le mouvement même de la maladie...".

Cette restitution, en forme de défense, s'objective dans la composition d'un personnage ; à travers les troubles caractériels il faut voir la lutte à la recherche d'une Personne, et au minimum d'un "Rôle", fut-il le plus grinçant.

C'est en empruntant le détour de la psychothérapie dans l'observation psychiatrique que Chazaud dit s'efre vu imposé à l'esprit ce concept méthodologique de "Personnage"; car c'est ainsi dit-il, qu'il a pu constater chez les héboïdophrènes des traits constants qui conduisent à cette notion en individualisant les traits de conduite classiquement soulignés et vraiment existants. Ces traits consistant toujours, sur un fond très discret de subdépersonnalisation, en velléités artistiques souvent plus rêvées que réalisées, en fantaisies éveillées compensatrices, allant jusqu'aux fantasmes les plus polymorphes de supériorité, en "prétentions" intellectuelles plus ou moins solides ou naïves et, tranchant avec le décousu de l'existence, en un sentiment de posséder une qualité toute particulière opposée dédaigneusement au milieu ambiant. La grandiloquence plus ou moins maniérée, l'emphatisme parfois "prêcheur", la révolte (prenant chez la femme la voie d'une liberté sexuelle désinvestie avec avortements et abandons d'enfants) sont érigés en catégories existentielles. Ces patients présentent un ludisme exacerbé, moins maniaque que systématiquement dérisionnel, souvent dans un style d'adolescent farceur (justifiant par là ce terme d'héboïdophrénie quand bien même ils atteignent souvent déjà la trentaine). Chazaud voit dans ce ludisme, par sa valeur de négation de l'angoisse, ces aménagements de l'action chez l'enfant, par le "jeu" ou le "fantasme", tels que les a décrit Anna Freud dans les "stades préliminaires de la défense".

Tout cet ensemble d'attitudes allant de l'effronterie à la dépravation, passant par l'ostentation et le défi, attitudes par lesquelles s'articulent les symptômes antisociaux classiquement décrits chez les Héboïdophrènes, forment ce que l'auteur appelle : "la rodomontade narcissique". Il voit dans la cohérence de cette rotomontade ce qui peut recouvrir très largement le plus gros de la discordance et de l'angoisse, donnant une impression "superficielle mais durable, d'aisance dans la folie".

Chazaud nous propose ainsi de voir dans ce Personnage en forme de redomontade narcissique présenté par l'Héboïdophrène, la défense, l'immunisation ultime contre la démence sous-jascente, opérant ainsi une restitution dans le mouvement même de la maladie.

Nous citerons enfin Chazaud lui-même qui résume ainsi sa conception pathogénique de l'Héboïdophrénie :

"... il est clair, dans le contact prolongé, que les diverses conduites caractérielles, perverses ou déséquilibrées de ces sujets, ne peuvent en aucun cas se réduire nt au sens banal du terme caractériel, mais restent toujours fonction d'un style de relation où tout mouvement de demande est immédiatement faussé, distordu, bien que le sujet semble vouloir y jouer la racine la plus profonde de sa Personne, en la mettant en cause de façon véritablement provocante et, éventuellement, jusqu'au délire. C'est cette tactique constante à travers les fluctuations symptomatiques circonstancielles, et le va et vient conjuctural, qui apparaît, au delà de l'appel régressif schizophrénique, comme une "reprise dialectique" dans le symptôme, sous forme d'une position caractérielle ou à la fois le Sujet se perd et se retrouve en évitant précisément d'aller jusqu'au bout des solutions délirantes, que j'ai pensé pouvoir appeler (plus qu'une aliénation de la Personne en Personnage) une personnification déformante.

Elle reste en effet grossièrement suffisante pour préserver le Sujet, à travers le sacrifice consenti par le Moi, d'un moment régressif plus profond, lui permettant d'endiguer la dépersonnalisation, le délire ou les accès catatoniques, qui ne sont plus dès lors dans sa biographie que des "asymptotes", des épisodes des limites, rapidement "repris" dans un style de vie..."

- Dans son article sur "Schizophrénie pseudo-névrotique et schizophrénie pseudo-caractérielle" SOCCARAS fait part de réflexions qui rejoignent celles exposées ci-dessus. S'interrogeant sur la signification des diverses manifestations caractérielles, il y voit l'effort constamment manifesté afin de maintenir le contact avec la réalité. Même lorsque le patient, dit-il, s'adonne à la boisson, c'est pour, sur un plan superficiel, tenter de vaincre l'asthénie, et plus profondément, de trouver des relations objectales au moyen de l'alcool.

Le patient se défendrait ainsi de la désagrégation au moyen de conduites réactionnelles qui appartiennent à des stades plus évolués. Un stade régressif moins profond qu'un autre pouvant être une plate-forme de refuge pour un sujet en proie au vertige d'une régression sans limite.

Dans ce rapide tour d'horizon nous sommes partis avec Minkowski de la notion de schizophrénies plastiques avec manifestations d'extraversion selon Mme Mac Kensen, ayant pour finalité de résister à la désagrégation finale à travers un système d'attitudes existentielles. Ce sont ces attitudes qui composent ce Personnage décrit par Chazaud, cette "personnification déformante", aboutissement de la "rodomontade narcissique", synthèse elle-même des diverses conduites caractérielles, perverses ou déséquilibrées de nos patients. L'Héboïdophrène maintient son contact avec la réalité par ces conduites réactionnelles appartenant à un stade régressif moins profond, immunisation ultime contre la désagrégation. Les troubles caractériels constituent une partie très importante de la psychopathologie de l'Héboïdophrénie et s'ils ressemblent beaucoup à ceux présentés par les déséquilibrés et les pervers ils revêtent toutefois une signification différente. L'Héboïdophrène est loin en effet de s'adonner au mythe du Héros qui est celui du Déséquilibré à Moi narcissiquement fragile mais déjà identifié. Il en est encore à lutter, dans un mouvement de restitution, à la recherche de sa personne et au minimum d'un rôle aussi grinçant soit-il, qui lui permet d'échapper à la désagrégation.

G. THERAPEUTIQUE.

Les différents auteurs qui se sont attachés à décrire et illustrer cette entité clinique que représente l'Héboïdophrénie ont toujours été assez évasifs sur les possibilités thérapeutiques à envisager chez ces patients. Tout au plus apprenons-nous que ces jeunes gens relèvent d'un double traitement à la fois médical et pédagogique ; des sédatifs associés à un encadrement socio-éducatif viendront estomper l'acuité des épisodes de recrudescence délinquante ou psychotique.

Dans son ouvrage "Psychothérapie de l'Adolescent", à propos des délinquants présentant des aspects psychotiques ou parapsychotique, P. MALE dit qu'ils relèvent de la même forme d'appui psychothérapique que dans les cas de pré-schizophrénies. Avant toute psychothérapie, il faut faire un bilan et un pronostic souvent fort difficiles à établir dans ces états, à la recherche des troubles discrets que le sujet cache ; ceux-ci révèlent la perte de contact avec le réel, le refoulement de la réalité, qui semble définir les névroses narcissiques, au sens freudien.

Dans cette psychothérapie le but à obtenir sera le retour à une réalité, cette fois intégrée par un essai de liquidation de la névrose narcissique. L'auteur signale d'emblée que ces types de patients exigent de longs traitements. Se fondant sur cette idée que le "moi" du sujet est dérèglé d'une manière inégale, qu'il n'est pas effondré totalement dans la dépersonnalisation ou le délire, l'auteur explique que dans beaucoup de cas il est finalement possible d'entrer, par les moyens les plus simples du dialogue, dans le monde vivant de ces sujets. Il y a encore des "parties fortes" conservées, tendues vers le réel, qui permettent de réanimer le monde

extérieur, de l'offrir au sujet et d'étendre les zones saines aux dépens des zones malades. Mâle préconise plutôt ces thérapeutiques reconstructives, patientes, faites avant tout de gratifications, aux thérapeutiques symboliques (Sechehaye).

A cette psychothérapie verbale il est indiqué d'associer le maniement des neuroleptiques pour éviter des aggravations, abaisser les murs, ouvrir les relations. De même, il est recommandé d'utiliser toutes les possibilités du patient ; qu'il sache dessiner, peindre, manier la glaise, faire de la musique, etc... il faut le pousser vers ce pragmatisme qui, par la satisfaction créatrice qu'il donne, par la manipulation même, permettra de meubler dans une certaine mesure les temps morts.

Lorsque l'état est compatible avec la vie extérieure, ces malades doivent être réorientés dans la vie, notamment au point de vue professionnel, la psychothérapie demeurant présente pour aider aux premières difficultés de la resocialisation. Afin d'éloigner le sujet des situations perturbantes de l'enfance, il faudra parfois envisager d'interrompre la relation familiale souvent traumatique en vue de faire vivre le sujet dans un foyer si son état le permet, ou dans un centre spécialisé si son état est plus sérieux.

MALE conclut cette description des modalités de psychothérapie en rappelant que la guérison se fait par échelon, exige une grande patience et doit être complétée souvent par des neuroleptiques. C'est à ce prix que l'on assistera à des phénomènes de véritable maturation de la personnalité ; l'auteur signale que la proportion des succès par psychothérapie paraît là considérable.

Dans la nature même des relations agressives et ambiguës si caractéristiques de l'Héboïdophrénie, qui se

transformeront en passages à l'acte provocateurs, Chazaud trouve des possibilités non négligeables de psychothérapie. La démonstration de présence tolérante du thérapeute dans la relation psychothérapique doit aboutir, en parallèle aux gratifications que le malade tire de la disponibilité du médecin à la notion d'une réalité sur laquelle il faudra apprendre à se heurter si on veut un jour s'y appuyer. L'auteur signale$ qu'après de nombreuses oscillations, lourdes de significations à utiliser, la psychothérapie va amener une sorte de tamponnement du comportement caractériel et ainsi, avec l'amélioration, le malade va rentrer dans "l'anonymat" asilaire.

En parlant de cet "anonymat" asilaire, Chazaud veut marquer le contraste entre ce patient initialement connu pour son indiscipline et ses troubles caractériels dans le service, avec ce qu'il devient après la psychothérapie, mieux inséré dans la réalité et beaucoup plus calme. La présence d'un ou de plusieurs Héboïdophrènes dans un service hospitalier pose de nombreux problèmes et notamment au niveau des relations interpersonnelles. Dans un article paru dans "l'Information Psychiatrique" (1968, vol. 44, n° 1) Madame KOECHLIN évoque les incidences d'une psychothérapie individuelle d'un Héboïdophrène sur le groupe des malades et des infirmiers.

Utilisant la cure de sommeil comme mode d'approche psychothérapique, les thérapeutes (1 homme et 1 femme) voient après celle-ci, le malade au cours d'entretiens quotidiens et même biquotidiens. Mais l'importance prise par le malade dans le service du fait de cette relation psychothérapique entraîna rapidement des manifestations collectives. Les réactions s'exprimèrent d'abord sur un mode agressif et revendicateur ; ce furent les plus jeunes malades qui en prirent l'initiative en organisant de véritables chahuts lors

des entretiens. Le jeune Héboïdophrène était vécu comme le pire d'entre eux, or c'est à lui que les médecins portaient le plus d'intérêt. Les malades plus âgés et plus passifs se plaignaient avec amertume au personnel de la place trop importante prise par les jeunes et leur sentiment d'abandon. Le personnel, dont la tâche était ainsi singulièrement compliquée par ces réactions et par les manifestations caractérielles du jeune Héboïdophrène, se montrait très ambivalent.

Cette psychothérapie dura trois ans et fut interrompue par la mort tragique accidentelle du malade ; celle-ci survint alors que le sujet avait fait d'importants progrès puisque après deux ans il n'a plus commis de délit et était rapidement devenu capable de s'intégrer dans un groupe et d'avoir une activité stable. Cet article nous a paru présenter un double intérêt tout d'abord celui d'apporter le récit, bien que succinct, d'une psychothérapie entreprise avec un Héboïdophrène et en deuxième lieu il montre les ressources nouvelles apportées par cette relation psychothérapique, non plus envisagée uniquement dans la relation à deux mais considérée dans l'ensemble du collectif hospitalier.

En effet, ces incidences de la relation psychothérapique sur les autres malades du service se sont avérées très riches d'enseignements ; elles ont fourni aux thérapeutes tout un matériel sur les autres malades ; au-delà des phénomènes banaux de jalousie tendant à rompre la relation dont ils étaient témoins, les malades cherchèrent par différents moyens à s'identifier à celui qui n'était déjà plus pour eux un simple rival jalousé, mais en quelque sorte le garant d'une relation idéale dont en bénéficiant il faisait bénéficier les autres.

Si elle dépasse quelque peu notre propos cette observation ne semble pas inutile, dans la mesure justement où elle met en lumière les problèmes qui pourront se poser dans le cadre du groupe hospitalier à partir du moment où un médecin commencera une psychothérapie avec un Héboïdophrène. Ce choix pourra choquer les autres patients qui voient le pire d'entre eux, si l'on se réfère à ses nombreux troubles caractériels, devenir l'objet privilégié de l'intérêt de médecins. Il est important de signaler ces éventuelles incidences car elles peuvent en retour avoir des répercussions sur la relation psychothérapique et sur le patient engagé dans cette relation.

Que les auteurs anciens recommandent un traitement d'allure pédagogique, que plus près de nous on parle de psychothérapie individuelle ou de groupe, tous les auteurs s'accordent pour reconnaître la nécessité d'une couverture chimiothérapique. Ceci dans l'intention d'amender l'acuité des paroxysmes caractériels ou psychotiques, afin de faciliter l'abord psychothérapique du patient et comme garantie contre toute recrudescence des troubles lors de la sortie de l'hôpital et la réinsertion dans la société.

La Propériciazine ou 8909 R.P. (Neuleptil) trouve dans ces cas une indication préférentielle. Nous l'avons utilisée dans le cadre de l'hôpital à des doses journalières variant entre 30 et 60 mg associé à des correcteurs prévenant la survenue d'éventuels symptômes de la série extra-pyramidale. A leur sortie de l'hôpital, nous recommandions à nos patients de continuer ce traitement avec des doses journalières de 20 à 30 mg en 3 prises. Si au début du traitement et pendant quelques jours les patients se sont plaints d'une certaine somnolence, celle-ci a vite rétrocédé et le traitement à base de Propériciazine a été bien accepté par la suite.

Ce neuroleptique s'est montré d'une maniabilité et d'un bon secours dans la relation psychothérapique et lors des débuts de resocialisation, en agissant par réduction de l'agressivité et des manifestations clastiques et antisociales ainsi que par l'amélioration du contact. L'abord psychothérapique s'en est trouvé par la même facilité ainsi que l'accès à toutes les thérapeutiques occupationnelles dans le cadre de l'hôpital. Bien que nous ne possédions pas un recul suffisamment long, nous pouvons quand même dès à présent reconnaitre à la Propériciazine une action bénéfique sur l'évolution hors du cadre hospitalier de nos patients, leurs troubles caractériels ou psychotiques s'amendant notablement.

Des prescriptions assez vagues recommandant un traitement à la fois médical et pédagogique, on s'achemine vers une attitude thérapeutique mieux codifiée. L'Héboïdophrène relève d'une psychothérapie verbale reconstructive, d'abord très gratifiante visant à une intégration plus complète de la réalité et pour cela s'appuyant sur le maniement des neuroleptiques et l'ergothérapie. La guérison se fera par échelons et exigera une grande patience.

INCIDENCES MEDICO-LEGALES

L'Héboïdophrène se singularise dans la vie en société, plus par sa délinquance continuelle que par sa psychopathologie pré-psychotique ; il est vécu par l'entourage comme un géneur et à la limite comme une personne dangereuse pour l'entourage, l'aspect "dangereux pour lui-même" étant scotomisé. L'étude clinique nous a permis de constater le polymorphisme de ces manifestations caractérielles qui vont des premières réactions d'opposition familiale à la délinquance caractérisée. Plus que pour de furtifs moments de

dépersonnalisation ou de fugaces troubles du cours de la pensée, c'est pour des vols, des violences, que l'Héboïdophrène est amené le plus souvent à rencontrer le Psychiatre. Les manifestations du processus psychotiques sont vécues par le sujet mais ne s'extériorisent que très rarement et n'atteignent bien souvent pas une intensité telle que la personne du sujet en soit complètement bouleversée.

Aux yeux de la société, de l'entourage et même de la famille c'est ce comportement caractériel qui prime le reste, passé souvent inaperçu. Lassé par ces sautes d'humeur imprévisibles, cette instabilité professionnelle, ces vols, ces bagarres, l'entourage va dans certains cas provoquer la rencontre avec le psychiatre ou patienter jusqu'à ce qu'un délit occasionne l'intervention de la Police. C'est alors que se pose un problème médico-légal serré car ces sujets ont toutes les apparences d'un comportement normal ; ils ont ce que CLECKLEY a appelé un "masque de santé". Dans le cadre des habitudes sociales actuelles et en fonction de nos connaissances, il n'est pas toujours possible de les considérer comme des malades mentaux, et l'évolution même de leurs cas ne vient pas toujours au secours du diagnostic puisqu'ils sont capables de rester longtemps stationnaires. Sur quoi se baserait-on d'ailleurs pour affirmer qu'ils sont des malades puisque les délits qu'ils commettent sont longtemps, sinon toujours, la seule manifestation apparente de leur affection ?

Dans son article "considérations sur certaines formes de délinquance juvénile et la maladie mentale à ses débuts" Y. ROUMAJON montre toute la difficulté qu'il y a à juger de l'état de responsabilité de ces patients. En effet, de Gilbert Ballet au congrès de Genève en 1907 à Daniel Lagache au Congrès de Paris en 1950 par exemple, les

auteurs sont innombrables et la liste est loin d'être close de ceux qui essayent encore, dans les domaines les plus variés, d'apporter observations et éclaircissements sur ce point. Des théories parfois fort divergentes se sont affrontées, s'efforçant cependant de conserver toujours une nette distinction entre les délinquants et les aliénés, c'est cette limite entre ces deux états qui a varié quelque peu avec les écoles psychiatriques, ce qui fait qu'il est parfois difficile de discerner ce qui appartient à la démence précoce, à la schizophrénie, à l'Héboïdophrénie ou aux perversités constitutionnelles ou acquises.

Les experts s'accordent pour considérer les Déséquilibrés comme responsables devant la loi et sont peu tentés d'atténuer leur responsabilité ; ils sont pareillement unanimes pour déclarer les Schizophrènes irresponsables. Mais le problème est difficile quand il s'agit d'Héboïdophrènes du fait que pour certains cas le diagnostic peut n'être pas encore porté ; ainsi, un certain nombre de ces délinquants iront en prison jusqu'à ce que se manifestent les premiers signes psychotiques.

Par contre si le diagnostic d'Héboïdophrénie est retenu, le côté psychotique prime et le patient est déclaré en état de démence ceci entraînant le non lieu.

Plutôt que le problème consistant à débattre de la responsabilité ou de la non responsabilité, celui d'apprécier la dangerosité des manifestations présentées par l'Héboïdophrène semble avoir un intérêt plus pragmatique.

> - dans nos propres observations nous n'avons trouvé aucun criminel et dans les articles consacrés à l'héboïdophrénie nous n'avons jamais relevé qu'un de ces patients ait atteint un tel degré de dangerosité.

- Par contre chez tous nos patients nous avons noté la notion de violentes colères clastiques dans la famille et de quelques pugilats parfois à l'extérieur ; ces manifestations atteignent souvent un degré tel qu'elles nécessitaient l'intervention de la Police (ou l'administration des neuroleptiques par le médecin).

- Pour eux-mêmes les Héboïdophrènes semblent également présenter un danger notable car dans les 3/4 des cas nous avons retrouvé la notion de tentatives suicidaires.

- dans un cas nous avons trouvé des pulsions incendiaires.

- pour le reste il s'agit surtout de grivèlerie, de petits vols, de dettes inconsidérées, d'abus de confiance, de prostitution dans quelques cas, une appétence éthylique aux manifestations intempestives,

- outre ces manifestations qui ont pu motiver l'intervention de l'autorité, les familles de ces Héboïdophrènes sont souvent inquiètes par leur instabilité professionnelle et leurs tendances à fuguer du milieu familial (nous avons rencontré ces deux caractères dans les 3/4 de nos observations).

En conclusion il ressort de nos observations que la forme prévalente de délinquance chez l'Héboïdophrène consiste en grivèlerie et instabilité très prononcée ; la dangerosité de l'Héboïdophrène moyen semble donc être relative.

CONCLUSIONS

Avec ce travail se fondant sur quatre observations principales, nous avons voulu faire un tour d'horizon sur les problèmes posés par l'Héboïdophrénie, du fait de la position de celle-ci campée sur un territoire intermédiaire qui participe à la fois de deux structures de personnalité. C'est en effet cette bipartition du champ d'action de l'Héboïdophrénie allant du Déséquilibre Psychopathique à la Schizophrénie qui en fait tout l'intérêt et l'originalité .(Mais précisons d'emblée que si nous avons , pour des besoins didactiques, partagé l'étude clinique suivant ces 2 pôles, les Héboïdophrènes ne sont en fait pas des êtres doubles, mais réalisent plutôt un tableau intermédiaire entre ces 2 versants).

En première partie de ce travail nous nous sommes attachés à rappeler l'évolution des idées à propos de cette entité clinique, de sa première description par Kahlbaum jusqu'à nos jours.

Dès sa naissance elle se vit définie de façon bipolaire puisque Kahlbaum la décrit en 1885 comme une forme clinique de Folie Morale ayant l'allure d'une Hébéphrénie à minima. L'Héboïdophrénie vient s'inscrire dans les travaux que Kahlbaum et Hecker consacrèrent à l'Hébéphrénie.

Les publications et descriptions de Kahlbaum ne sont pas demeurées lettres mortes ; mais si l'authenticité de l'affection ainsi créée n'a pas été contredite, par contre son individualité a rencontré une certaine opposition. Kraepelin notamment confondait l'Héboïdophrénie avec les formes simples ou atténuées de Démence Précoce ; Bleuler de même, se fondant surtout sur ce fait qu'il existe dans cette forme un certain trouble morbide des processus intellectuels, n'y voyait que

l'indice avant-coureur à la phase prodromique asociale de la psychose à développement typique.

Ultérieurement on a reparlé avec Halberstadt, Capgras, Guiraud, Heuyer de cette affection pour la considérer tantôt comme une forme de Schizophrénie à minima, et tantôt comme la forme perverse et antisociale de la schizophrénie fruste.

Après les années 50, les travaux de Kahlbaum vont retrouver une certaine actualité, avec les études que Hoch et ses collaborateurs aux U.S.A. consacrent aux formes pseudo-psychopathiques de la schizophrénie et en France avec la thèse de Madame Mackensen intitulée "Schizophrénie et conscience morale" et celle de Jacques Chazaud intitulée : "Recherches sur l'Héboïdophrénie. Une étude de la schizophrénie à symptomatologie dite "caractérielle" prévalente".

Au cours de ce chapitre consacré à l'évolution des idées à propos de l'Héboïdophrénie, nous avons pu constater, derrière l'apparente disparité des tableaux cliniques, qu'il se dégage une concordance des thèmes qui semble bien justifier la spécificité d'une forme particulière de la psychose schizophrénique.

C'est cette forme particulière que nous avons illustrée ensuite par quatre observations cliniques recueillies à Stephansfeld ainsi que par douze autres, plus succintement évoquées, de malades ayant été hospitalisés à la Clinique Psychiatrique Universitaire de Strasbourg.

Partant ensuite des descriptions de Kahlbaum et nous fondant sur l'illustration matérialisée par les observations rapportées, nous avons, dans une seconde partie, esquissé les grandes lignes du Tableau Clinique présenté généralement

par l'Héboïdophrène.

Nous avons ordonné cette description suivant deux directions principales : d'une part le versant caractériel et de l'autre les traits de psychopathologie psychotique.

Dans l'étude des troubles du caractère nous avons gardé toujours présent à l'esprit l'intérêt de comparer cette séméiologie caractérielle à celle présentée par le Déséquilibré Psychopathique, afin de bien voir en quoi l'un et l'autre sont semblables et en quoi ils sont dissemblables. En effet, si l'on retrouve la même instabilité socio-professionnelle, l'incapacité de se plier aux règles de la vie familiale et sociale, les fugues, tentatives de suicide etc... l'Héboïdophrène diffère cependant du Déséquilibré en ceci que ses actes illicites n'ont en général pas pour mobile son propre intérêt et qu'il n'y fait pas vraiment montre de malignité. Constatation également importante : alors que le Déséquilibré manifeste très précocement son attitude antisociale, l'Héboïdophrène ne se singularise que vers l'époque pubertaire contrastant en ceci avec son comportement d'enfant sage jusqu'alors.

Le deuxième versant de l'étude clinique est représenté par l'analyse des traits de psychopathologie psychotique. Nous y avons rappelé que l'on retrouve la discordance, l'autisme, le négativisme, l'apragmatisme schizophréniques mais manifestés sur un mode mineur ; par contre on ne retrouve que très rarement des épisodes délirants francs dans l'existence de ces patients tout au plus est-il possible d'évoquer des esquisses délirantes transitoires. Tous ces traits de psychopathologie psychotique en quelque sorte minorés permettent de comprendre pourquoi ces patients n'évoluent pas vers une dissociation très marquée, pourquoi Kahlbaum en avait fait une forme d'Hébéphrénie au pronostic moins sombre.

Par rapport aux autres formes avérées de Schizophrénie, l'Héboïdophrénie se singularise par une évolution et un pronostic moins sombres. En effet nous pouvons représenter schématiquement cette affection comme constituée par un état pré-psychotique permanent évoluant à bas bruit sur lequel se greffent des phases paroxystiques. Ces paroxysmes sont le plus souvent des épisodes caractériels aigus, mais ils peuvent consister aussi en l'accentuation de moments psychotiques, réalisant une aggravation temporaire, très brève du fond pré-psychotique. De plus et ceci réalise l'originalité de l'Héboïdophrénie dans le cadre des Schizophrénies, ces patients n'évoluent pas vers une dissociation profonde de la personnalité, laissant ainsi une porte plus grande ouverte aux approches thérapeutiques.

Des prescriptions thérapeutiques assez vagues de Kahlbaum qui recommandait un traitement à la fois médical et pédagogique on s'est acheminé vers une attitude thérapeutique mieux codifiée. L'Héboïdophréne relève d'une psychothérapie verbale reconstructive, d'abord très gratifiante, visant à une intégration plus complète de la réalité et s'appuyant pour cela sur le maniement des neuroleptiques notamment de la propériciazine et sur l'ergothérapie.

Par les importants troubles caractériels qu'ils présentent, par la difficulté qu'ils éprouvent à admettre la discipline sociale, les Héboïdophrènes entrent très rapidement en conflit avec l'autorité. Un bon nombre de ces patients tomberont sous le coup de la loi, leur conduite ne revêtant pas une allure pathologique aux yeux des magistrats. Dans un certain nombre de cas un Psychiâtre pourra être commis comme expert et suivant que les signes de structure psychotique seront absents, légers ou au contraire très manifestes le prévenu sera ou non considéré comme responsable de ses actes.

Il serait justifié que ces patients voient leur responsabilité atténuée ou annulée du fait que tous leurs troubles du comportement relèvent de la structure psychotique sous-jacente ; mais les signes de psychopathologie psychotique ne sont pas toujours évidents et en leur absence le patient se présente plus comme un Déséquilibré psychopathe auquel on est peu tenté d'atténuer la responsabilité.

En conclusion on pourrait se poser une dernière question à savoir : est-il bien nécessaire d'individualiser l'Héboïdophrénie des autres formes de Schizophrénie ? ; n'est-ce-pas en quelque sorte un exercice de style, posant un diagnostic à proprement parler de "luxe", d'états jusqu'alors considérés comme déséquilibrés ou hébéphréniques selon les prévalences conjoncturales ? On serait effectivement tenté de ranger ces patients dans le cadre des schizophrénies simples, mais ce faisant on ne rendrait pas compte pensons-nous du mode évolutif si particulier, des innombrables troubles du comportement à type de perversité et conséquemment des problèmes médico-légaux ainsi soulevés qui font l'originalité de l'Héboïdophrénie.

VU
STRASBOURG, le 23 AVRIL 1968
Le Président de Thèse
Signé :
Th. KAMMERER

VU ET APPROUVE,
STRASBOURG, le 23 AVRIL 1968
LE DOYEN de la FACULTE DE MEDECINE
Signé :

J. CLAVERT

BIBLIOGRAPHIE

(par ordre chronologique)

KAHLBAUM

"Ueber eine Klinische Form des moralischen Irreseins"

1° Allgem. Zschf. f. ps.
1885, vol. 41, p. 711

2° Neurol. Centralblatt
1884 p. 476

3° Erlenmeyer's Centralblatt
1884 p. 470

KAHLBAUM

"Ueber Heboïdophrenie"
Allg. Zschr. f. Ps.
1890, vol. 46, p. 461

CHRISTIAN

"De la démence précoce des jeunes gens"
Annales médico-psychologiques
1899 T IX pp. 43
200
420
T X pp 177

DIEM O "Die einfach demente Form der Dementia praecox"
Archiv für Psychiatrie
1903, Bd 37, Heft 1

MONOD G "Les formes frustes de la démence précoce"
(thèse)
Paris, J. Rousset, 1905

HESS "Ueber Héboïdophrénie"
Allgem. Zeitschrift f. Psychiatrie
1906, vol. 63 pp. 594

RINDERKNECHT

"Ueber Kriminelle Heboïde"
Zschf. f. d. g. Neurol.
1920, vol. 57, p. 35

HEUYER - BADONNEL - BOUYSSOU
"Les voies d'entrée dans la démence précoce"
Annales Médico-Psychologiques
1922 pp. 30-87-117 et 129

HALBERSTADT
"Etude médico légale de la démence précoce à forme simple"
Encéphale 1924 n° 2.

HALBERSTADT
"La forme héboïdophrénique de la démence précoce"
Annales médico-psychologiques
1925, II, pp. 23-32

GUIRAUD "Héboïdophrénie, constitution perverse"
Annales médico-psychologiques
1927 T. II p. 99

CAPRAGS - DUPOUY - BRIAU
"Délire malicieux héboïdophrénique"
Annales médico-psychologiques
1927 T. II p. 360

HEUYER G. et Melle SERIN
"Troubles du caractère au début de la D.P."
Annales médico-psychologiques
1930 t. II p. 90

KAMENEVA
"Sur les limites et les particularités symptomatologiques des formes légères de la schizophrénie"
Annales médico-psychologiques
1935 tome II p. 565

MACKENSEN (I. de Bures)
"Schizophrénie et conscience morale"
Thèse Paris 1950

CHAZAUD Jacques
"Recherche sur l'héboïdophrénie. Une étude de la schizophrénie à symptomatologie dite "caractérielle" prévalente".
Thèse de Médecine,
Paris 1961.

CHAZAUD Jacques
"Vues sur l'héboïdophrénie"
L'encéphale.
N° 6 1964 pp. 671-685

BIBLIOGRAPHIE GENERALE

ADLER "Le tempérament nerveux"
1 vol. 1926

ANTHEAUME et MIGNOT
"La période médico-légale prodromique de la démence précoce"
L'Encéphale 1907 février p. 126.

BENON "Démence précoce, clinique, médecine légale et traitement"
Vigot frères Paris 1945.

"Démence précoce et vagabondage"
Annales médico-psychologiques 1923 I p. 370

BERTOLD G.
"Héboïdophrénie et casuistique"
Annales médico-psychologiques 1912 T I p. 233

BLEULER E.
"Démentia Praecox or the Group of Schizophrénia"
Intern. Universites Press
New-York édit. 1950 pp. 236-239
"Lehrbuch der Psychiatrie"
7e édit. Springer Berlin 1943.

BOSCH "A propos des troubles caractériels"
L'Encéphale
1964 fasc. I pp .62-94

CLAUDE H. et BOREL
"Etat schizoïde périodique, perversions instinctives"
Annales médico-psychologiques 1923 T. I.

CLAUDE H. et LAFORGUE
"La Schizophrénie et la constitution bipolaire du caractère Schizoïde"
Evol. Psychiatrique 1925 I p. 27

CLAUDE H. - MINKOWSKI E. - TISON
"Contribution à l'étude des mécanismes schizophréniques"
Encéphale 1925 pp. 20

DARASZKIEWICZ Léon
"Ueber Hébéphrénie insbesondere deren schwere Form"
thèse 1892

DUBLINEAU et FOLLIN
"Troubles du caractère"
Annales médico-psychologiques 1941 tome II
N° 5 pp. 332

ESQUIROL E.
"Des Maladies Mentales"
Bruxelles 1838 T II pp. 44-65

EY Henri
Schizophrénies - formes cliniques et problèmes nosographiques
E.M.C. Psychiatrie 1955 37283 A 10

EY Henri, BERNARD P. et BRISSET Ch.
Manuel de Psychiatrie
Masson édit. 1963 pp. 315, 480

FINCK E.
"Ein Beitrag sur Kenntniss des Jugendirreseins"
Allgem. Zschf. f. Ps.
1881 vol. 37 p. 498

FRECOURT J.
"Contribution clinique et psychopathologique à l'étude des conduites perverses"
Thèse Paris 1961.

GALLOT
"Les facteurs étiologiques de la délinquance"
Revue du praticien
1953 pp. 1219-1223

GELMA
"Les transformations de la personnalité et les troubles du sens moral dans la période d'incubation des psychopathies aiguës ou subaiguës ou à retour périodique"
Clinique Psychiatrique de la Faculté de Médecine de Strasbourg.
Tome V p. 149, 1927
Les Editions Universitaires de Strasbourg.

HECKER "Die Hebephrénie"
Virchow's Archiv
1870 T. 52 p. 394

HESS "Ueber Héboïdophrénie"
Allgem. Zschf. F. Psychiatrie
1906 vol.63 p. 594

HOCH P.H. "Interrelations cliniques et biologiques entre la schizophrénie et l'épilepsie"
Am. J. Pschy. janvier 1943 vol. 99 pp. 507-12.

JOFFROY "Discussions relatives au rapport de Ballet"
Encéphale août 1907 pp. 182

JOUSSELIN D.
"Contribution à l'étude du Déséquilibre Psychique"
Thèse Paris 1961

KAHLBAUM "Die Gruppierung der psychischen Krankheiten und die Enteiling der Seelenstörungen"
Kafeman édit. Dantzig 1863.

KEOCHLIN E. et GEAHCHAN D.
"Incidences d'une psychothérapie individuelle sur le groupe des malades et des infirmiers"
L'information psychiatrique
1968 vol. 44 pp. 27-32

KRAEPELIN
"Lehrbuch der Psychiatrie"
VI édition 1899 p. 137

LIBERT "Les perversions instinctives au début de la démence précoce"
Encéphale
Octobre 1912 p. 309

MALE P. "Psychothérapie de l'adolescent"
P.U.F. Paideia 1964

MASSELON R
"Psychologie des déments précoces"
Thèse Paris 1902

"Un cas de forme fruste de démence précoce"
Archives de Neurologie , juin 1904

MEGGENDORFER
"Moral Insanity"
Zschf. f. d. g. Neurologie
vol. 24 1921 pp. 173

MICHAUX "Les troubles du caractère"
1964 I vol. Hachette

MOREL "Traité des maladies mentales"
Paris 1860 p. 560

PASCAL C. "La démence précoce"
Thèse Paris 1911 pp. 252

QUIDU M. "La personnalité pré-psychotique"
Thèse Paris 1957

REGIS Manuel des maladies mentales
2è édit. Paris 1892 p. 343

ROUMAJON Y.
"Considérations sur certaines formes de délinquance juvénile et la maladie mentale au début"
Evol. Psychiatrique
1966 fasc. I tome XXXI

ROUSSEAU "De la folie à l'époque de la puberté"
Thèse de Paris 1857 p. 27

ROUSSET "Etudes cliniques des troubles du caractère"
Thèse de Paris 1937

SOCCARAS F.
"Schizophrénie pseudo-névrotique et schizophrénie pseudo-caractérielle".
Rev. franc. de Psychanalyse
1957 n° 4 pp. 535-552

STEIN C. "Les débuts de la schizophrénie"
Evol. Psychiatrique
1954 II p. 721

HACK TUKE
"A manual of psychological medecine"
1879 p. 345

WERNICKE "Grundriss der Psychiatrie"
1900 pp. 554

WIZEL A "Les formes frustes de la schizophrénie"
Annales médico-psychologiques
1926 T. I pp. 180-1

ZIEHEN Th. "Les psychoses de la puberté"
XIIIe congrès intern. de médecine Paris 1900
Section de psychiatrie tome VIII
Paris Masson édit. 1900 pp. 10-29.